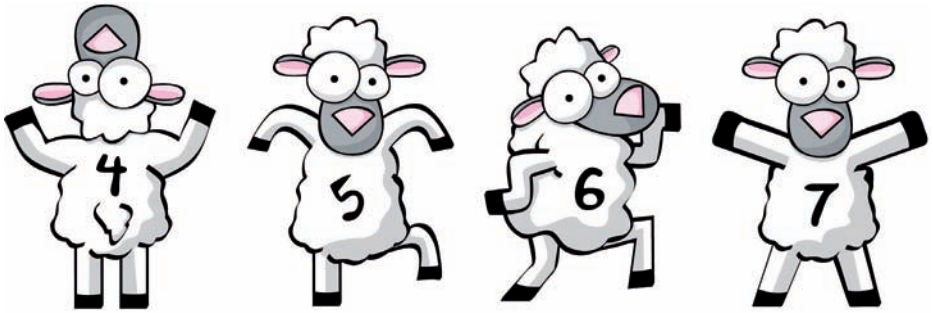
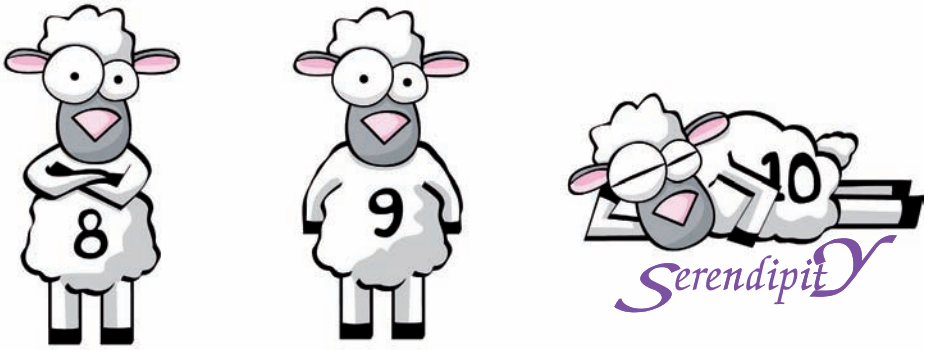
Charles Morin

VENCER LOS ENEMIGOS DEL SUEÑO



Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado



Serendipity

Desclée De Brouwer

VENCER A LOS ENEMIGOS DEL SUEÑO

Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado

Charles M. Morin

157

VENCER A LOS ENEMIGOS DEL SUEÑO

Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado

ansiedad • cafeína • desfases horarios • depresión • dolor • horarios de trabajo • preocupaciones • enfermedades • cama inadecuada • medicamentos • menopausia • nicotina • estrés • envejecimiento • entorno • apnea del sueño • ansiedad • horarios rotativos • parasomnias • creencias • actitudes • hábitos • ruidos • luz • ronquidos • calor • frío • alergias • pesadillas • hipersomnia

Crecimiento personal
COLECCIÓN
Serendipity

Desclée De Brouwer

Título de la edición original:
Vaincre les ennemis du sommeil
© 2009, Les Éditions de l'Homme, Montreal, Québec, Canadá

Traducción: *Francisco Campillo Ruiz*

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2010
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.
Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España - Printed in Spain
ISNB: 978-84-330-2502-9
Depósito Legal: BI-2082/11
Impresión: RGM, S.A. - Urduliz

A mi esposa, Paule, y a mis dos hijos, Geneviève y Sébastien.

ÍNDICE

Prólogo 11

Reconocimientos 15

1. Algunas nociones básicas sobre el sueño 17

2. ¿Qué es el insomnio? 43

3. Las múltiples causas del insomnio 69

4. ¿Cómo funciona una clínica del sueño? 89

5. El modelo de gestión personal 101

6. Cambiar los hábitos de sueño 125

7. Revisar las creencias, los pensamientos y las actitudes . 147

8. Aprender a manejar el estrés 173

9. Mantener una buena higiene del sueño 207

10. Volver a poner el reloj biológico en hora 225

11. Los medicamentos para dormir 249

12. Otros trastornos del sueño 277

13. El sueño en los niños y los adolescentes. 297

14. El sueño en la tercera edad 325

Lista de organismos profesionales y de interés público 341

PRÓLOGO

Si tenemos dificultades para dormir por la noche, existen muchas probabilidades de que también tengamos dificultades en funcionar bien durante el día. Y no estamos solos. El insomnio es uno de los problemas de salud más frecuentes de la población. Casi todo el mundo atraviesa por períodos ocasionales de insomnio, al tiempo que un buen número de personas tienen problemas de sueño crónicos. El insomnio no es un problema que carezca de importancia; puede deteriorar considerablemente la calidad de vida de una persona –provocar cansancio, descenso de energía, alteración emocional, malestar social y disminución de la productividad. A lo largo de mis 20 años de investigación y de práctica clínica con personas que padecen insomnio, me he visto enfrentado a dos paradojas. A pesar de que el insomnio sea un trastorno del sueño bastante frecuente, muy pocos sujetos reciben un tratamiento adecuado; y cuando una persona decide iniciar un tratamiento, con frecuencia después de meses e incluso de años de padecer insomnio, el tratamiento se limita habitualmente a recetar medicamentos. Todo ello conlleva un padeci-

miento considerable e inútil, puesto que existen actualmente unos tratamientos eficaces para el insomnio, y dichos tratamientos no requieren necesariamente de ningún medicamento. Sin embargo, muchos insomnes se desaniman ante la falta de recursos disponibles en relación con los trastornos del sueño. Otros sufren en silencio, no sintiéndose cómodos ante la perspectiva de hablar de ello con su médico, dada la impresión muy extendida de que el insomnio no es un problema real de salud. Cuando una persona consulta con su médico, el tratamiento de elección se basa habitualmente en la prescripción de somníferos y, con demasiada frecuencia, esta es la única recomendación que se realiza. Los expertos en el sueño coinciden en el hecho de que los medicamentos no deben ser la intervención de elección, puesto que no abordan las causas subyacentes del problema. Además, la mayoría de los pacientes prefieren no recurrir a los fármacos. Las investigaciones clínicas han demostrado que el insomnio puede ser tratado de manera eficaz con la ayuda de unos cambios relativamente sencillos en los hábitos de sueño y en el estilo de vida que interfieren con el objetivo de dormir bien por la noche. Varios de los métodos de tratamiento del insomnio pueden ser aplicados con un mínimo de intervención profesional. Este libro ha sido concebido a la manera de una guía de autoaplicación; ha sido redactado con la idea de que la información suele ser mucho más útil que una receta médica. Espero que les procure a los lectores todos los conocimientos necesarios a fin de redescubrir el placer de dormir bien por la noche.

Vencer a los enemigos del sueño expone un enfoque terapéutico cuya eficacia clínica ha quedado demostrada por diversas investigaciones científicas. Esta guía de autotratamiento describe unos métodos sencillos y prácticos que permiten lograr una buena

noche de sueño sin necesidad de medicamentos. Así pues, el acento recae en el enfoque psicológico más que farmacológico. Es también una guía de referencia que brinda información práctica respecto del sueño normal y de los diversos trastornos, además del insomnio, que pueden alterarlo.

El libro se divide en tres secciones generales. El primer capítulo presenta una visión general de los ciclos del sueño y responde a preguntas claves relativas a las diferentes fases del sueño, la cantidad de sueño que necesitamos, y los cambios que se producen de forma natural con la edad en la calidad y la cantidad del sueño. El segundo capítulo describe los diferentes tipos de insomnio, los factores de riesgo, los síntomas y las consecuencias del insomnio. Los capítulos 3 y 4 mencionan varias de las posibles causas del insomnio, físicas y psicológicas, que a menudo requieren la atención de un profesional de la salud. Más adelante, se explican cuáles suelen ser los procedimientos a seguir cuando consultamos a una clínica del sueño.

La segunda sección expone con detalle un modelo de gestión personal para vencer el insomnio. Cada capítulo cubre un aspecto diferente del problema y describe una serie de estrategias útiles para: cambiar los malos hábitos de sueño; revisar ciertas creencias y actitudes respecto del insomnio; aprender a manejar el estrés durante el día y las preocupaciones en el momento de acostarse; y finalmente, hacer del dormitorio un lugar más propicio para dormir. Un capítulo independiente trata de la utilización de los somníferos, de las situaciones en las que pueden ser útiles y de aquellas situaciones en las que deben ser evitados; se presenta un programa de deshabituación de los somníferos dirigido a aquellas personas que deseen desterrar este hábito.

La última sección describe algunos métodos para combatir los efectos del desfase horario y manejar los trabajos por turnos, es decir, los horarios cambiantes. Además, se describen otras alteraciones del sueño tales como la apnea, la narcolepsia, las pesadillas, y demás. Se exponen los principales síntomas con objeto de ayudarnos a reconocer y a valorar la necesidad de consultar a un especialista del sueño. El capítulo 13 describe los problemas de sueño más corrientes en los niños y los adolescentes; se proponen soluciones prácticas a los padres que tienen que habérselas con tales dificultades. El último capítulo trata del sueño en las personas mayores y expone algunas estrategias que se pueden utilizar con objeto de preservar una buena calidad del sueño con el envejecimiento. En el apéndice aparece una lista de organizaciones profesionales y de grupos de apoyo para los pacientes aquejados de problemas de sueño y para sus familiares.

Escrito en un lenguaje accesible, este libro está dirigido al gran público. Servirá de guía de referencia para el tratamiento, ya sea para nosotros mismos o para alguien cercano que tenga algún problema de insomnio. También interesará a las personas que deseen saber más sobre el sueño y los principales síntomas de sus numerosos trastornos. Aunque no pretenda sustituir al tratamiento profesional, muchas personas juzgarán que esta guía les brinda la información necesaria para superar el insomnio, en tanto que a otras les resultará un instrumento complementario de los tratamientos propuestos por los profesionales de la salud.

Charles Morin, Ph.D.

RECONOCIMIENTOS

Es bastante raro que un francófono publique un libro primero en inglés y después en francés. Sin la ayuda de una serie de personas, me habría sido difícil completar esta labor en los plazos previstos. Le estoy agradecido a Véronique Mimeault, por ser la responsable de la primera versión de la traducción al francés, así como a Célyne Bastien por la traducción de dos capítulos. Les estoy agradecido igualmente a Amélie Bernier y Guylaine Fontaine, por su diligencia en la corrección y la revisión del manuscrito. Les estoy muy reconocido a ciertas personas aquejadas de insomnio con las que tuve la ocasión de trabajar a nivel clínico o en diferentes investigaciones durante años. Al compartir sus experiencias y sus padecimientos, estas personas me han enseñado enormemente acerca del insomnio y de su tratamiento. Les estoy agradecido a mis colegas y a los numerosos estudiantes de nuestro centro de investigación, que constituyen a la vez una fuente de estímulo y de cuestionamiento. Me siento igualmente muy reconocido a dos organismos de investigación: los Institutos de Investigación

de la Salud de Canadá y los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, que subvencionan nuestro programa de investigación del insomnio desde hace varios años. Finalmente, debo testimoniar mi reconocimiento a mi esposa y a mis hijos, por su apoyo incondicional desde el comienzo de mi trayectoria y durante el período de redacción y revisión de este libro.

1

ALGUNAS NOCIONES BÁSICAS SOBRE EL SUEÑO

Para la mayoría de la gente, una buena noche de sueño es una experiencia maravillosa y energizante. Viene a ser como tomarse unas pequeñas vacaciones para recargar el depósito de energía física y psicológica. Salimos de este estado alterado de conciencia revitalizados, con una actitud positiva respecto de la vida y mejor preparados para cumplir con las tareas cotidianas. Una buena noche de sueño es algo absolutamente natural que solemos dar por hecho. Por el contrario, las personas que no duermen bien acaban hablando del sueño como alguien que está pasando privaciones habla de la falta de alimento, de agua o de sexo. Si tenemos dificultades para dormir, estamos en buena compañía. Más de uno de cada tres adultos se queja de insomnio, mientras que otros muchos lo sufren en silencio. Afortunadamente, el estudio del sueño y de sus trastornos es una disciplina que evoluciona con rapidez y actualmente disponemos de nuevos tratamientos para contrarrestar la mayoría de estos trastornos. El presente libro comienza con una revisión de algunas nociones básicas sobre la naturaleza del sueño, sus diferentes fases y sus funciones; se abordan asimismo algunos de los

cambios en la cantidad y la calidad del sueño que se producen en el transcurso de la vida, así como la relación entre el sueño y el funcionamiento diurno, el humor y la salud. Como el objetivo principal de este libro es exponer algunas soluciones prácticas para combatir el insomnio, es evidente que primero tenemos que tener una comprensión básica del sueño normal.

El paso del estado de vigilia al sueño

Si bien ocupa un tercio de nuestra vida, el sueño ha sido durante mucho tiempo un misterio para los investigadores y los clínicos. Durante años, se ha considerado como un estado pasivo durante el cual la mente y el cuerpo estaban completamente inactivos y desconectados del mundo exterior. Sólo recientemente los científicos han comenzado a explorar sus misterios. Los expertos coinciden en el hecho de que el sueño es un estado alterado de conciencia en el que continúan operando diversas funciones físicas y mentales, de un modo diferente, incluso en ausencia de estímulos ambientales. Cuando apagamos la luz y dejamos volar libremente nuestros pensamientos, entramos en un mundo nuevo. Los párpados se cierran, las pupilas se contraen, la respiración se hace más lenta, disminuye la temperatura corporal así como el ritmo de los latidos del corazón. El cuerpo entra en un estado profundo de relajación que se acompaña de ondas cerebrales alfa; la mente se abandona a una oleada de imágenes, pensamientos y monólogos. Este paso de la vigilia a la somnolencia y después al sueño representa una suerte de estado hipnagógico. El momento preciso del adormecimiento suele venir acompañado de un sobresalto brusco y de una impresión de caer en el vacío, de donde la expresión "caer dormido". Perdemos la consciencia durante un cierto tiempo, pero al comien-

zo de la noche cualquier cosa nos puede devolver nuevamente al estado de vigilia –un ruido, una inquietud o incluso los movimientos de nuestra pareja. El adormecimiento es un proceso gradual: primero, el sueño es muy ligero; más adelante se va haciendo cada vez más profundo. No existe un interruptor que nos permita pasar directamente del estado de vigilia al sueño. La duración de esta fase transitoria de la vigilia al adormecimiento y después al sueño, así como el placer que aporta, puede variar de una persona a otra. Si tenemos buena salud, estamos libres de preocupación y dormimos bien, esta experiencia de transición suele ser breve, pero muy agradable. Pero si padecemos insomnio, es muy probable que este período constituya una experiencia bastante frustrante.

Dos tipos de sueño, dos mundos aparte

Existen dos tipos de sueño: el sueño paradójico o sueño REM (del inglés, *rapid-eye movements*), el de los movimientos oculares rápidos; y el sueño de ondas lentas o sueño NREM (del inglés *non rapid-eye movements*).

El sueño de ondas lentas (NREM) incluye cuatro fases que van de un sueño muy ligero y que se vuelve cada vez más profundo. Cada una de las fases se caracteriza por una actividad electroencefalográfica (EEG) diferente (véase la figura 1.1). Cuando nos adormecemos y entramos en la fase 1, nuestros pensamientos van a la deriva y podemos tener la impresión de oscilar entre la consciencia y la inconsciencia, sensación ésta similar a la de estar en la luna. Se produce un movimiento lento de la cavidad ocular, la respiración se vuelve igualmente más lenta y los músculos están más relajados. La fase 1, con frecuencia denominada sueño ligero, es una fase transitoria que dura únicamente unos pocos minutos y

hace de puente entre la vigilia y el verdadero sueño, que es la fase 2. En esta segunda fase, la actividad EEG se caracteriza por los llamados husos del sueño y los complejos K (véase la figura 1.1), que es una onda cerebral momentánea caracterizada por un pico negativo seguido de un pico positivo. La fase 2 representa alrededor del 50% del tiempo total de sueño.

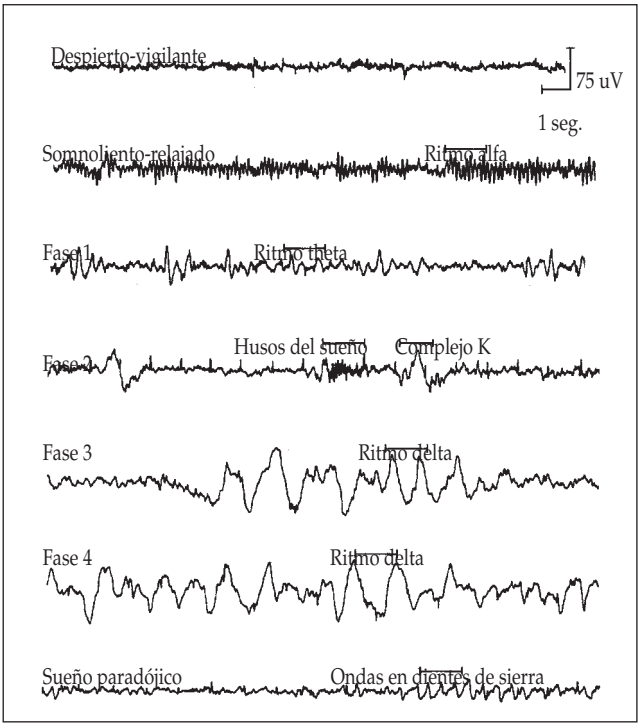


Figura 1.1: Trazos de la actividad cerebral asociados al estado de vigilia alerta, el estado de relajación, y diferentes fases del sueño. Las ondas beta se asocian a un estado muy alerta. El ritmo alfa (8 a 12 ciclos por segundo) es propio del estado de relajación (los ojos cerrados) que precede al inicio del sueño. Las ondas theta son características del sueño ligero, en tanto que el ritmo delta (0,5 a 2 ciclos por segundo) aparece durante las fases del sueño profundo (fases 3-4).

Las fases 3 y 4, que habitualmente suelen agruparse juntas, son las fases del sueño más profundas y más reposadas. Las ondas cerebrales son más lentas y más pronunciadas. Este es el período en el que es más difícil despertar a alguien, e incluso puede haber un breve período de confusión al despertarse. Según la edad de la persona, las fases 3-4 representan del 5 al 20% del tiempo total de sueño, pero sucede que no llegaremos a alcanzar esta fase profunda durante algunas malas noches de sueño. Las fases 3 y 4 también se conocen como sueño delta, debido a las ondas EEG, que son más lentas y de una amplitud más elevada durante esta fase. En conjunto, el sueño lento o NREM refleja un estado en que el cerebro va ralentizado, pero el cuerpo se puede mover; la mente está esencialmente adormecida, pero las funciones biológicas continúan en funcionamiento aunque de forma más lenta.

Por el contrario, durante el sueño paradójico se observa una actividad considerable; además, podemos observar en la figura 1.1 que los trazos EEG del sueño paradójico y del estado de vigilia son muy similares. Los sueños tienen lugar principalmente durante este período, que ocupa del 20 al 25% de una noche de sueño característica. Todos soñamos durante el sueño paradójico, aunque son muchas las personas que no recuerdan los sueños al día siguiente. A menos que nos despertemos durante o inmediatamente después de un período de sueño paradójico, son escasas las posibilidades de que nos acordemos de los sueños. Los estudios demuestran que alrededor del 85% de los sujetos que se despiertan en el sueño paradójico, se acuerdan de lo que estaban soñando y lo pueden relatar con claridad; con frecuencia, refieren emociones muy intensas. Las imágenes en el sueño paradójico son muy vivas, a veces extrañas, y con frecuencia incluyen sonidos y colores. Por el contrario, sólo del 15 al 20% de la gente dice haber

soñado cuando se despiertan durante el sueño de ondas lentas. En este caso, las imágenes se caracterizan habitualmente por un pensamiento, una imagen o una situación que incluye los elementos del entorno inmediato.

Curiosamente, el cuerpo está esencialmente paralizado durante esta fase del sueño, tal vez para impedir la ejecución [la traducción en actos] de los sueños. A excepción de algunas sacudidas periódicas de los músculos, la mayoría de los movimientos voluntarios son imposibles. La denominación de sueño paradójico se deriva igualmente de esta paradoja entre las imágenes intensas y la parálisis muscular durante esta fase del sueño. Además de los sueños, varios otros cambios adicionales acompañan al sueño paradójico. Aparece un aumento periódico de los movimientos oculares rápidos; los latidos del corazón se aceleran y el ritmo cardíaco se vuelve más variable; la presión arterial fluctúa; el consumo de oxígeno, así como la circulación sanguínea del cerebro, son más elevados que durante la vigilia. En los varones sanos, de la niñez a la adultez avanzada, se observa una erección durante el sueño paradójico; las mujeres manifiestan una congestión del clítoris. Durante el sueño paradójico, la temperatura del cuerpo deja de estar regulada. Los cambios en la temperatura ambiente no generan ni sudor ni temblores. A pesar de la pérdida de tono muscular durante el sueño paradójico, se producen diversos cambios de posición a lo largo de la noche, habitualmente al mismo tiempo que tiene lugar un cambio en las fases del sueño. Si bien puede parecer que a veces nos dormimos y nos despertamos en la misma posición, se producen diversos cambios durante el transcurso de la noche sin que no obstante nos acordemos de ello al día siguiente.

Los ciclos del sueño durante la noche

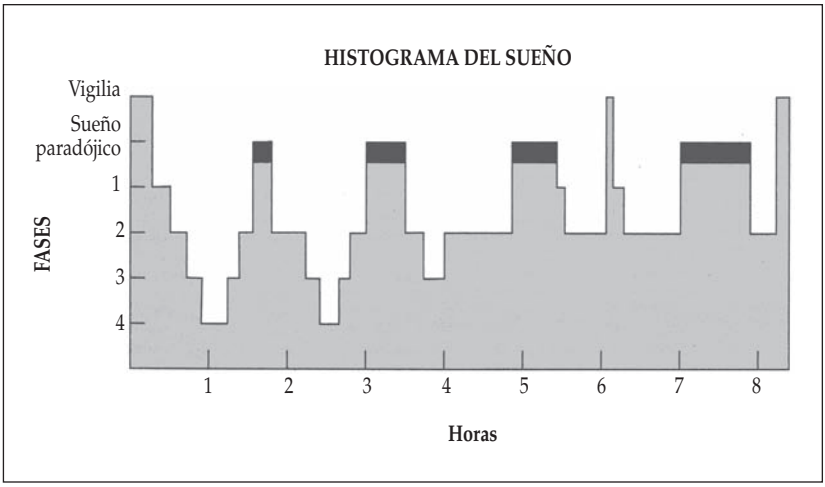


Figura 1.2: Esta figura ilustra una noche de sueño característica de un adulto joven que no tenga dificultades para dormir.

La calidad y la duración del sueño varían con la edad, la salud y el estilo de vida de cada persona. Por el contrario, la secuencia de las diferentes fases del sueño durante el transcurso de la noche es muy estable en las personas que duermen bien y que mantienen un horario de sueño regular. Durante el transcurso de una noche típica (tal como se muestra en la figura 1.2), alternamos de una fase a otra, pasando gradualmente de un sueño ligero (fase 1) a un sueño profundo (fases 3-4), seguido de un primer episodio de sueño paradójico. Habitualmente, el adulto comienza la noche con la fase del sueño de ondas lentas (NREM) y el primer episodio de sueño paradójico (REM) aparece a los 70 o 90 minutos después del adormecimiento inicial. Por término medio, solemos completar unos cinco ciclos de sueño NREM-REM. Los cuatro o cinco episodios de sueño paradójico aumentan en duración y en inten-

sidad a medida que avanza la noche. El primer período dura habitualmente de 15 a 20 minutos, mientras que el último período, de madrugada, es más intenso y puede durar de 30 a 60 minutos. El último tercio de la noche estaría dominado por el sueño paradójico, mientras que el sueño profundo (fases 3-4) predomina al comienzo de la noche.

¿Cuántas horas de sueño necesitamos?

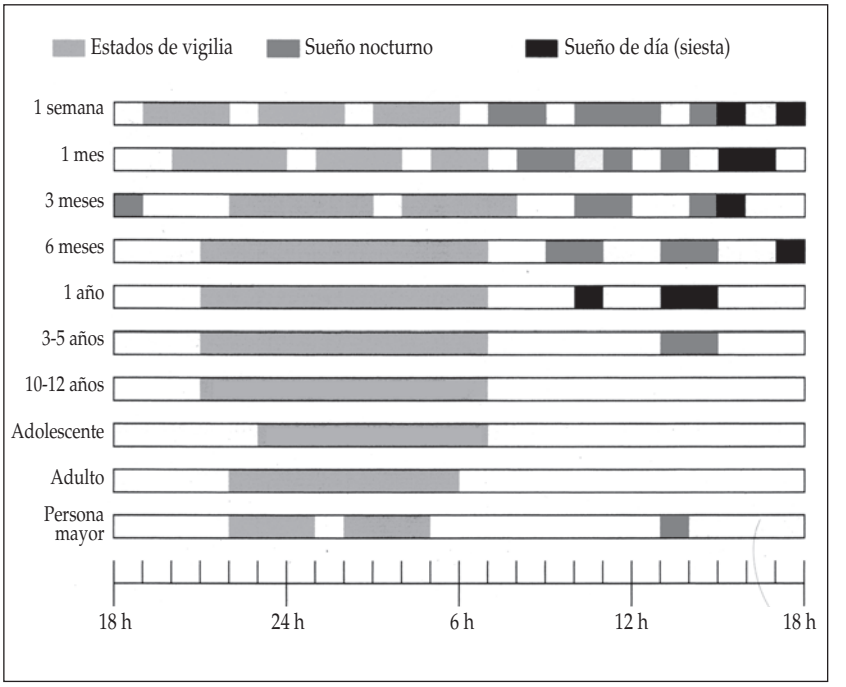


Figura 1.3: Esta figura ilustra el número aproximado de horas de sueño y la distribución de los episodios de sueño a lo largo de un período de 24 horas en diferentes períodos de la vida.

Las necesidades individuales de sueño parecen estar determinadas biológicamente, según la edad de la persona. Los recién nacidos duermen un promedio de 16 a 18 horas al día, y los niños muy pequeños duermen de 10 a 12 horas por la noche además de 1 o 2 horas al día. Hacia la edad de cinco años, el sueño nocturno de los niños disminuye en torno a unas 9 a 10 horas y la siesta se vuelve menos frecuente. Los adolescentes necesitan alrededor de unas 9,5 horas de sueño para estar despiertos durante el día, pero rara vez las duermen. Los adultos que no se quejan de problemas de sueño duermen de 7 a 8,5 horas durante la noche. Las personas mayores duermen unas 6,5 horas de media por la noche, a las que se puede añadir una hora de siesta después de comer.

A pesar de la creencia popular que pretende que todo adulto debe dormir 8 horas cada noche, las necesidades de sueño varían de una persona a otra. A unos les basta con dormir 5 o 6 horas sin que por ello se consideren insomnes, mientras que otros necesitan de 9 a 10 horas. ¿Cómo podemos determinar las horas de sueño que necesitamos? La manera más sencilla es comparar distintas duraciones de sueño y comprobar nuestro nivel de vigilancia y de funcionamiento al día siguiente. Si estamos constantemente fatigados y nos sentimos somnolientos en momentos o en lugares inapropiados, ello significa que no hemos tenido la cantidad adecuada de sueño la noche anterior. Habitualmente, una persona que ha descansado bien se mantendrá vigilante incluso dentro de una sala sobrecalentada escuchando una conferencia poco interesante después de una comida copiosa. Por el contrario, la persona con falta de sueño tiene un riesgo elevado de dormirse, ya no sólo en tales circunstancias, sino también durante una película interesante o incluso en una reunión importante. Idealmente, deberíamos dormir tanto tiempo como fuera necesa-

rio para sentirnos frescos y dispuestos por la mañana y permanecer alerta durante toda la jornada.

La mayor parte de los adultos no duermen lo que necesitan. La mayoría, sobre todo los adultos jóvenes, duermen menos de 8 horas durante la semana, habitualmente no más de 6 o 7 horas. En compensación, muchos se recuperan durmiendo más de 8 horas durante el fin de semana, lo que tiende a confirmar que la cantidad de sueño entre semana es insuficiente. Aunque podamos funcionar transitoriamente con menos sueño del que verdaderamente necesitamos, esta falta de sueño acabará finalmente por perjudicarnos. Sería como probar a ponerse un jersey de una talla mediana cuando necesitamos una talla grande. Muchas personas que tienen una falta de sueño crónica, acumulan un déficit de sueño durante la semana. Algunos son capaces de ponerse al día levantándose muy tarde durante el fin de semana, mientras que muchos otros no pueden permitirse ese lujo debido a las responsabilidades familiares. Aunque sea ligera, la falta crónica de sueño puede alterar el funcionamiento diurno, el humor y la vigilancia. Volveremos sobre los efectos de la falta de sueño más adelante en este mismo capítulo.

El sueño es una necesidad cada vez más difícil de satisfacer. Durante las últimas décadas, la duración media del sueño nocturno se ha visto reducida aproximadamente en una hora. En efecto, esta duración era de 7 a 8,5 horas por noche a comienzos de los 60, mientras que actualmente alrededor del 50% de la población dice dormir menos de 7 horas por noche durante la semana. No hace tanto tiempo, todo se detenía cuando caía la noche. Hoy día, muchas personas tienen un trabajo a tiempo parcial por las tardes o trabajan por la noche. Las fábricas y los comercios están abiertos más tiempo y la televisión emite las 24 horas del día. Este menú

de actividades entra, pues, en competencia con el sueño y contribuye a alimentar una falta casi crónica de sueño.

Los cambios en los ciclos del sueño a lo largo de la vida

La edad es el factor más importante que afecta a la duración y la calidad de nuestro sueño. Acabamos de ver que el tiempo aproximado de sueño, durante un período de 24 horas, pasa de 16 a 18 horas para los bebés, a 7 a 8,5 horas para un adulto joven, y alrededor de 6,5 para las personas mayores. Sumándole las siestas, que es una práctica habitual durante la jubilación, la cantidad total de sueño cada 24 horas se mantiene relativamente estable desde la adultez hasta una edad avanzada. Lo que parece cambiar con la edad no es tanto la duración, sino más bien la eficacia y la calidad del sueño. Las personas de más edad se ven obligadas con frecuencia a pasar más tiempo en la cama que las personas más jóvenes para obtener la misma cantidad de sueño. Con el envejecimiento, se observa también una disminución del sueño profundo (fases 3-4) y un aumento correspondiente del sueño ligero (fase 1). En consecuencia, la persona mayor se despierta con más facilidad debido a un ruido o a los movimientos de la pareja, lo que podría explicar el aumento de las quejas de insomnio con la vejez.

Los cambios más importantes en los ciclos de sueño tienen lugar durante el transcurso de la niñez y de la adolescencia, un período marcado por otros numerosos cambios evolutivos. Por ejemplo, existe una relación estrecha entre la cantidad de sueño paradójico y la maduración del cerebro. Así, alrededor del 80% del sueño del feto está constituido por el sueño paradójico, y el recién nacido pasa alrededor del 50% de su sueño en este estado. Probablemente podamos determinar, incluso sin tener ningún

equipamiento sofisticado, los momentos en que nuestro hijo está en el sueño paradójico. Además de los movimientos oculares rápidos, se observan gesticulaciones faciales periódicas, sonrisas y una respiración a menudo entrecortada. La proporción de sueño paradójico declina gradualmente, pasando del 50% en el momento del nacimiento a alrededor del 35% a la edad de 3 años; la reducción prosigue de la niñez a la adolescencia, y más adelante la proporción se estabiliza en el adulto joven. Una persona de 25 años pasa alrededor del 20 al 25% de la noche en el sueño paradójico; es posible observar un ligero declive cuando el adulto alcanza lo 60 o los 70 años. En general, una persona que envejece teniendo buena salud, conservará una cantidad satisfactoria de sueño paradójico; y a la inversa, la persona de edad que desarrolla un trastorno de orden neurológico, como la enfermedad de Alzheimer, sufrirá una disminución marcada del sueño paradójico y una alteración general del sueño conforme avance la enfermedad.

¿Porqué tenemos necesidad de dormir?

Si una persona permanece despierta durante demasiado tiempo, llegado un momento dado la somnolencia excederá todo deseo de seguir despierto. Probablemente hayamos vivido esta experiencia, si hemos tenido que pasar una noche en blanco velando a un niño enfermo o para acabar un trabajo que teníamos que entregar al día siguiente. Una sola noche en blanco es suficiente para convencer a cualquiera de que el sueño es esencial, de que es una necesidad biológica comparable al alimento, el agua o el sexo. La razón exacta por la que necesitamos pasarnos un tercio de nuestra vida durmiendo continúa siendo un enigma para muchos

científicos. Unos creen que, desde la perspectiva de la evolución, el sueño desempeña una función protectora contra los depredadores nocturnos. Así, las especies de mayor tamaño pueden permitirse el lujo de dormir más tiempo, mientras que las especies más pequeñas deben permanecer al acecho de los posibles depredadores. Otros piensan que el sueño preserva el nivel de energía disminuyendo el metabolismo. Finalmente, para otros, el sueño paradójico es una forma de expresión inconsciente de los deseos reprimidos, necesidades, miedos y frustraciones. Aunque interesantes, estas teorías son difíciles, cuando no imposibles, de validar. No obstante, los conocimientos que tenemos hasta la fecha sobre las funciones del sueño provienen de experiencias relacionadas con la privación de sueño. En este tipo de experiencias, se invita a unos voluntarios a pasar una o varias noches en el laboratorio. Cada vez que un sujeto entra en una fase en particular del sueño, un técnico lo despierta con la ayuda de un ruido. A medida que la noche va avanzando, cada vez resulta más difícil impedir que el durmiente entre en una fase del sueño específica. El durmiente se vuelve también más irritable y los esfuerzos del técnico o la intensidad del ruido deben aumentar sustancialmente para lograr que se despierte.

A raíz de estas investigaciones, sabemos que cada vez que una persona se ve privada de una fase específica del sueño, se produce un rebote natural de este estado durante el período de recuperación. Por ejemplo, si a lo largo de una noche dada le impedimos a una persona alcanzar el sueño profundo (fases 3-4), la persona se pasará más tiempo en esta fase del sueño durante la noche siguiente. Un fenómeno similar se produce en el sueño paradójico de una persona que toma antidepresivos. Este tipo de fármacos disminuye la cantidad de sueño paradójico. Cuando la persona deja la

medicación, asistimos a un aumento transitorio de esta fase, a veces vivido bajo la forma de pesadillas. Estas observaciones indican que no sólo es necesario un determinado tipo de sueño en particular, sino que todas las fases del sueño son esenciales para mantener la buena salud.

Otras experiencias han llevado a los investigadores a concluir que el sueño de ondas lentas es necesario sobre todo para la restauración de la energía física, mientras que el sueño paradójico desempeñaría un papel importante en el aprendizaje y la resolución de problemas. Las funciones recuperadoras del sueño de ondas lentas vienen sugeridas por dos observaciones. Primero, la persona que se ve privada de las fases 3-4 tiene tendencia a quejarse de dolores y de rigideces musculares a la mañana siguiente. Segundo, el ejercicio aeróbico regular tiende a aumentar la duración del sueño profundo. Estas observaciones sugieren, pues, que el sueño de ondas lentas desempeña un papel principalmente en la restauración de la energía física. Otros estudios sugieren que el sueño paradójico desempeña dos funciones importantes en el tratamiento de la información. Primero, permite consolidar la información nueva aprendida, y segundo, contribuye a mantener el equilibrio psicológico. Por ejemplo, un curso intensivo de aprendizaje de un segundo idioma aumenta la cantidad de tiempo empleado en el sueño paradójico. Por otro lado, la privación selectiva de esta fase del sueño durante este tipo de aprendizaje interfiere en la retención y la consolidación mnémica de los contenidos novedosos. Estas observaciones confirman que el sueño paradójico desempeña un papel preponderante en el tratamiento, el almacenamiento y la recuperación de la información nueva.

Los psicoterapeutas llevan mucho tiempo interesándose por el análisis de los sueños como posible puerta de acceso al incons-

ciente. Más recientemente, estudios realizados por Rosalyn Cartwright, psicóloga del Centro Médico Rush-Presbiteriano-San Lucas de Chicago, nos han aclarado el efecto de nuestras experiencias diurnas sobre el sueño paradójico. Esta autora analizó el contenido de los sueños de personas recientemente divorciadas, y descubrió que los sueños variaban según que los sujetos estuvieran deprimidos o transigieran bien con esta crisis. Los sueños de los sujetos depresivos eran más pesimistas, reflejando sentimientos de culpabilidad y de impotencia, además de una autoestima débil. Las personas que se las arreglaban bien durante el día con este cambio importante de vida, tenían sueños que reflejaban también una mejor adaptación emocional a su nueva situación. El contenido de sus sueños sugería una mayor sensación de control y una autoimagen más positiva. Al parecer, el sueño paradójico desempeña un papel importante ya no únicamente en el tratamiento de la información fáctica [objetiva, real], sino también en el tratamiento de los componentes emocionales. Nuestros sueños incorporan, así pues, los altibajos de nuestras experiencias cotidianas y reflejan tal vez nuestro estado anímico del momento.

Un reloj biológico que regula nuestro sueño

El sueño es un comportamiento previsible que aparece a intervalos muy regulares; no obstante, su horario varía en las diferentes especies animales. Si bien los seres humanos duermen principalmente durante la noche, muchos animales duermen sobre todo durante el día. En el caso de los delfines, sólo uno de los hemisferios cerebrales duerme al tiempo que el otro hemisferio se mantiene despierto, se podría decir que para mantener la guardia [estar

al acecho]. Todos los organismos vivos, los seres humanos, los animales y las plantas funcionan siguiendo un ciclo regular que comprende un período de actividad y un período de reposo. La duración del ciclo (actividad-reposo) en el ser humano sigue un ritmo circadiano relativamente estable que abarca aproximadamente una jornada [un día completo]. El horario del ciclo sueño-vigilia en el ser humano está determinado en gran medida por el ciclo de los días y de las noches, el cual estaría regido a su vez por la rotación de la tierra a lo largo de un período de 24 horas.

Los científicos han identificado una pequeña estructura dentro del cerebro que hace las veces de reloj biológico que regula el ciclo sueño-vigilia. Del grosor de una cabeza de alfiler, este conjunto de más de 10.000 neuronas (conocido como el núcleo supraquiasmático) está situado en el hipotálamo, en la base del cerebro. Sirve de alguna forma para medir el grado de exposición a la luz del día y, en razón de ello, determina el momento de los episodios de sueño y de vigilia. La luz penetra en el ojo a través de la retina, y el impulso nervioso se transmite al hipotálamo. En las personas ciegas, la línea de comunicación entre la exposición a la luz del día y el centro de control del sueño está cortada; ello entraña una desincronización total del horario sueño-vigilia, de forma que la persona ciega puede perfectamente sentirse somnolienta a las 19.00 y totalmente despierta a las 3.00 de la mañana. Igualmente, en las personas que trabajan de noche, este sistema de regulación de los ciclos sueño-vigilia suele estar perturbado, lo que genera problemas serios de somnolencia durante el día y despabilación durante la noche.

Además de la exposición a la luz del día, otros factores desempeñan un papel importante en la regulación de la periodicidad del

ciclo sueño-vigilia. Entre éstos, encontramos los horarios laborales y la obligación de levantarse a una hora determinada de la mañana, las horas de las comidas y los contactos sociales. Estos marcadores temporales sirven de señales ambientales para mantener el organismo o el reloj biológico en sincronía con el mundo exterior.

Varias funciones biológicas están estrechamente vinculadas al ciclo sueño-vigilia y regidas, en razón de ello, por una periodicidad circadiana. La melatonina, una hormona natural producida por la glándula pineal, se segrega exclusivamente durante la noche. Esta es la razón de que los investigadores se interesen por esta hormona como posible solución a determinados tipos de problemas de sueño. Existen actualmente en el mercado diversos compuestos de melatonina sintética, a menudo presentados como una pastilla que facilita un sueño supuestamente natural. Como veremos en el capítulo 11, algunos de estos productos pueden ser útiles para contrarrestar los efectos del desfase horario o ciertos problemas de sueño relacionados con los horarios laborales nocturnos. La hormona del crecimiento, por su parte, se segrega cuando la persona entra en las fases 3-4 del sueño. Su concentración es muy elevada en un niño en pleno crecimiento y disminuye progresivamente al tiempo que se produce una reducción del sueño profundo con el envejecimiento. Existen igualmente algunas investigaciones en curso para evaluar la eficacia de un suplemento sintético de hormona del crecimiento para preservar la calidad del sueño con el envejecimiento.

De todas las funciones biológicas que siguen un ritmo circadiano, la temperatura del cuerpo es una de las más constantes. La temperatura corporal fluctúa alrededor de un grado centígrado durante un período de 24 horas, y mantiene una estrecha correla-

ción con el nivel de vigilancia. Después de alcanzar su nivel más bajo hacia las 4.00 de la madrugada, comienza a aumentar justo antes del despertar matinal hacia las 6.00 de la mañana, alcanzando un máximo al comienzo de la tarde y vuelve a descender hacia las 23.00 h. La vigilancia aumenta gradualmente por la mañana, cuando la temperatura corporal está en una pendiente ascendente, mientras que la somnolencia se vuelve cada vez más intensa a medida que la temperatura disminuye. En razón de ello, es muy difícil permanecer despierto hacia las 4.00 de la mañana, incluso aunque ello pase desapercibido en la mayoría de la gente, puesto que ya están durmiendo llegado este momento. Por el contrario, los trabajadores de noche tienen un riesgo mucho más elevado de accidentes laborales o de dormirse al volante durante este período en particular, más que en ningún otro momento de la noche. Muchos accidentes de carretera que incluyen a conductores de camiones, se producen a altas horas de la madrugada. La circulación es menos densa en estos momentos, pero la propensión a dormirse al volante es mucho más elevada. Se observa igualmente una ligera bajada de la temperatura corporal hacia primeras horas de la tarde, otro período en el que la inclinación a adormilarnos es mayor. Esta observación sugiere que la disminución de la vigilancia que se observa después de la comida del mediodía estaría relacionada con una ligera disminución de la temperatura corporal, más que con el hecho de acabar de comer.

¿Existe alguna substancia hipnótica natural?

Al margen de su necesidad y de su naturaleza cíclica, sabemos muy pocas cosas sobre el sueño y sobre los mecanismos que controlan la alternancia del ciclo sueño-vigilia. Los científicos llevan

mucho tiempo suponiendo que una sustancia hipnótica se acumulaba en el cerebro durante la vigilia. Según esta hipótesis, cuanto más tiempo permaneciera despierta una persona, más se elevaría la concentración de dicha sustancia. Una vez que hubiera alcanzado un umbral crítico, la necesidad de dormir se volvería lo suficientemente importante como para inducir el sueño rápidamente. Con el adormecimiento, esta sustancia sería gradualmente eliminada, y sólo con el siguiente período de vigilia el proceso de acumulación se pondría en marcha nuevamente. Tomando esta hipótesis, los investigadores Alan Hobson y Robert McCarley, de la universidad de Harvard, han demostrado que la concentración y los niveles de actividad de determinadas sustancias neuroquímicas del cerebro fluctúan de la vigilia al sueño, e igualmente del sueño de ondas lentas al sueño paradójico. Hemos visto que el sueño de ondas lentas es relativamente tranquilo, comparado con el sueño paradójico. Hobson y McCarley han encontrado que determinados neurotransmisores (las células del cerebro, las neuronas) estarían más bien inactivos y otros estarían activos durante la vigilia y los dos tipos de sueño. Por ejemplo, los neurotransmisores tales como la serotonina y la norepinefrina estarían más activos durante el sueño de ondas lentas, mientras que la acetilcolina, que permanece relativamente inactiva durante este período, se vuelve particularmente activa durante la vigilia y el sueño paradójico. Estos neurotransmisores son sustancias químicas del cerebro, y su nivel de actividad se modifica según el estado de vigilancia, el sueño y el humor de la persona.

Sueño, salud y enfermedad

El sueño es muy sensible a los problemas físicos y psicológicos. El insomnio suele ser con frecuencia la primera de las conse-

cuencias sufridas durante los períodos de enfermedad física o de turbulencia emocional. Casi todos los desarreglos médicos y psicológicos generan alteraciones del sueño. Además, las dificultades para dormir también pueden agravar los problemas médicos o psicológicos subyacentes, e incluso ralentizar el proceso de curación.

El sueño y el dolor

Casi todas las enfermedades médicas que provocan dolor pueden alterar el sueño. Un dolor agudo procedente de una herida o un dolor crónico generado por una artritis, puede retardar el adormecimiento inicial u ocasionar despertares nocturnos. Después de una mala noche de sueño, el dolor puede parecer más intenso y más desagradable, y el humor se ve afectado con frecuencia. Por supuesto, las emociones negativas vividas durante el día pueden igualmente agravar los problemas de sueño la noche siguiente.

El Dr. Harvey Moldofsky, de la universidad de Toronto, lleva varios años estudiando el sueño de personas que padecen fibromialgia, afección caracterizada por la presencia de dolores musculares. Estas personas tienen un sueño muy alterado y se levantan por la mañana con dolores y rigideces musculares. Sus noches se caracterizan por una afección denominada sueño alfa-delta. El ritmo alfa, que es un tipo de ondas cerebrales asociadas a la relajación mental, aparece habitualmente justo antes del adormecimiento y, en consecuencia, es relativamente poco frecuente en las personas que no padecen ningún dolor. Por su parte, en las personas que padecen dolores fibromiálgicos, aparece una intrusión del ritmo alfa durante el sueño de ondas lentas (fases 3-4), también

llamado sueño delta. De ello se deriva una marcada disminución de la calidad del sueño. Dado que el sueño delta estaría salpicado de ondas alfa durante toda la noche, la persona se levanta por la mañana con la sensación de haberse pasado la noche en un estado de duermevela, medio dormido, sin llegar en ningún momento al sueño profundo.

El sueño y el sistema inmunitario

La falta de sueño puede perjudicar a las funciones inmunitarias y con ello aumentar la vulnerabilidad a determinadas enfermedades físicas. Puede incluso alargar el período de restablecimiento. Cada año, muchos de nosotros sufrimos infecciones virales. La gripe se asocia habitualmente a quejas de fatiga, somnolencia y malestar general. Por supuesto, el remedio que se prescribe con más frecuencia es descansar y dormir. Sólo recientemente los investigadores han empezado a estudiar la relación entre el sueño y las funciones inmunitarias. Los investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos han descubierto que las ratas privadas de sueño son más vulnerables a las infecciones virales y tardan más tiempo en restablecerse que las ratas a las que se permitió dormir sin restricciones. Otros estudios realizados con humanos indican que la privación de sueño podría reducir la eficacia de determinadas células que tienen la función de combatir a los enemigos del sistema inmunitario. Estos resultados preliminares sugieren que el sueño es importante para nuestro sistema defensivo y para acelerar la recuperación frente a determinadas enfermedades. Sin embargo, todavía no se ha determinado con claridad si los efectos observados sobre las funciones inmunitarias estarían provocados por la privación en sí del sueño o por el estrés generado a consecuencia de las dificulta-

des para dormir. El insomnio en sí mismo genera una alteración emocional que podría afectar al sistema inmunitario.

La duración del sueño y la esperanza de vida

Según una encuesta de gran envergadura en relación con la salud y los hábitos de vida de más de un millón de norteamericanos, patrocinada por la Sociedad Americana del Cáncer, las personas que duermen muy poco (4 horas o menos) o mucho (más de 10 horas), tendrían una tasa de mortalidad más elevada que aquellos cuya media de horas de sueño se sitúa entre 7 y 8 horas. La esperanza de vida más larga estaría asociada a una duración de 7 a 7,9 horas de sueño. Las personas que toman fármacos para dormir tendrían una tasa de mortalidad 1,5 veces más elevada que las personas que jamás han tomado estos medicamentos. Estudios recientes ha demostrado igualmente una relación entre la duración del sueño y el riesgo de obesidad. Una duración más corta del tiempo habitual dedicado a dormir estaría asociada a un riesgo más elevado de engordar. Una hormona que sirve para controlar el apetito (la leptina) se segrega durante el sueño; cuando el período de sueño se reduce, se produce una bajada en la producción de esta hormona, lo que aumentaría el apetito y finalmente la ganancia de peso.

En conjunto, si bien los datos sugieren una relación entre la duración del sueño y la longevidad, debemos ser prudentes antes de sacar ninguna conclusión, puesto que las personas que tienen un sueño muy corto o muy largo o que toman medicamentos para dormir, suelen padecer con frecuencia problemas cardíacos, diabetes u otras afecciones médicas que estarían asociadas en sí mismas a una esperanza de vida menos larga.

El sueño y la depresión

Varias afecciones psicológicas pueden generar dificultades para dormir. La mayoría de estas afecciones se describen en el capítulo 3, pero podemos decir que casi todas las personas que han vivido una depresión son más propensas a padecer problemas concomitantes de sueño y a despertarse habitualmente demasiado temprano por la mañana. Además de este síntoma clásico, varios otros cambios distintivos en los ciclos del sueño aparecen durante un episodio de depresión mayor. Anteriormente, hemos visto que los jóvenes adultos sanos entran en su primer episodio de sueño paradójico pasados de 70 a 90 minutos después del adormecimiento inicial, y que los episodios de sueño paradójico aumentan en duración y en intensidad durante el transcurso de la noche. Los investigadores han observado que las personas que padecen depresión endógena, esto es, aquella depresión que no es consecuencia directa de un acontecimiento o experiencia de la vida, entran en el sueño paradójico mucho más rápidamente (a los 15 a 20 minutos) después del adormecimiento inicial, y pasan más tiempo en esta fase al comienzo de la noche que los sujetos que no padecen depresión. Su sueño paradójico es también más intenso y se observa una disminución correspondiente del sueño de ondas lentas al comienzo de la noche. Estas características de un acceso más rápido y de una cantidad más elevada de sueño paradójico también se han observado en personas que padecen otros trastornos psiquiátricos. Es posible que estas alteraciones del sueño representen una especie de marcador biológico de determinadas formas de psicopatología.

En otra línea de investigación sobre el sueño y la depresión, se ha demostrado que la privación del sueño produce una mejora transitoria del humor en la persona que sufre de depresión grave.

Este efecto, que se obtiene con la ayuda de una privación total o selectiva del sueño paradójico, contrasta con las perturbaciones características del humor que se observan en las personas que tienen problemas de sueño menos graves, pero más crónicos.

Estos ejemplos ilustran de qué forma el sueño guarda una relación estrecha con el cuerpo y la mente. Aunque nadie estamos completamente a salvo de los problemas de sueño, una mente sana en un cuerpo sano aumenta las posibilidades de tener un sueño reparador, al igual que un sueño de calidad puede garantizar una cierta protección contra algunos problemas de salud física y mental.

Privación de sueño, rendimiento y seguridad pública

La privación del sueño, ya sea voluntaria o causada por algún desarreglo subyacente, puede interferir en nuestro trabajo y en nuestras relaciones familiares y sociales, y puede incluso poner en peligro nuestra vida o la vida de otras personas. La gravedad de estos efectos depende en parte del hecho de que la privación de sueño sea parcial o total, y del hecho de que sea de naturaleza transitoria o crónica. La falta transitoria de sueño provoca fatiga y disminuye la motivación, la iniciativa y la creatividad. Sus efectos sobre la realización de tareas motrices sencillas y repetitivas son más bien limitados. Por ejemplo, puede ser difícil, después de pasar una noche en blanco, tener la concentración necesaria para tomar una decisión importante o para poner en marcha un plan de negocios para nuestra empresa. Por el contrario, podemos cuanto menos realizar otras tareas manuales tales como escribir unas notas en el ordenador. Mientras que la primera tarea exige un esfuerzo mental, la segunda se puede realizar de forma más automática.

Una privación prolongada de sueño genera una acumulación de somnolencia diurna y un agravamiento de todos los demás déficits. La capacidad de atención se reduce, la concentración es deficiente y el tiempo de reacción se prolonga. El juicio y las habilidades de resolución de problemas se ven asimismo perturbados. La consecuencia más seria es la somnolencia diurna, lo que genera a menudo episodios de microsueño. Por definición, estos episodios no duran más que unos pocos segundos, pero se producen en cualquier momento del día, sin que la persona se dé cuenta tan siquiera. Si estamos en casa viendo la televisión o leyendo el periódico, no es demasiado grave que caigamos dormidos. Por el contrario, dormitar en un lugar público puede generar turbación, y si ocurre en el trabajo, puede incluso poner en peligro el empleo. La falta de sueño y sus consecuencias pueden igualmente plantear serios problemas de salud y de seguridad pública. Las autoridades responsables de los transportes estiman que los millares de accidentes de circulación que tienen lugar cada año estarían ligados a la fatiga y a la somnolencia durante la conducción; más del 20% de todos los conductores habrían dormitado al menos una vez estando al volante. Más de la mitad de los trabajadores nocturnos afirman haberse dormido en el trabajo como mínimo una vez. No es de extrañar, pues, que los riesgos de cometer errores médicos se acrecienten asimismo durante la noche. La fatiga excesiva y la somnolencia han contribuido a la aparición de muchos accidentes industriales importantes que se habrían producido durante la noche. Entre los que han causado más sensación figuran la explosión de los reactores nucleares de Tchernobyl en Ucrania, la fuga de gas de Bhopal, en la India, y el hundimiento del petrolero *Exxon Valdez* en las costas de Alaska.

La privación de sueño, ya sea impuesta voluntariamente o generada por un problema de sueño subyacente, puede perturbar el rendimiento y la vigilancia. No conduce a cambios importantes en la personalidad pero, como sucede en el caso del insomnio crónico, puede generar una gran alteración personal y disminuir la calidad de vida.

En resumen, tenemos necesidad de dormir a intervalos regulares y necesitamos todos los tipos de sueño. El sueño posee dos funciones –una función física y una función psicológica. El sueño de ondas lentas (fases 3-4) es importante sobre todo para la recuperación y la restauración de la energía física y para la protección del organismo contra determinadas enfermedades. El sueño paradójico facilita la consolidación de nuevos aprendizajes, la resolución de problemas y la adaptación a las experiencias emocionales cotidianas. La periodicidad de los estados de vigilia y de sueño viene regulada por un reloj biológico que está a su vez en sincronía con la exposición a la luz del día y los marcadores temporales ambientales. Los efectos de la privación de sueño son numerosos y afectan a nuestro funcionamiento diurno, a nuestro humor, a nuestra calidad de vida y a la seguridad pública.

2

¿QUÉ ES EL INSOMNIO?

Es la 1.00 de la madrugada y hace ya dos horas que Marie-Hélène trata desesperadamente de dormirse. Ya se trate de algo que venza al día siguiente o de lo que se va a poner para la velada del próximo sábado, la misma película de pensamientos angustiosos mezclada con hechos corrientes se sucede sin cesar dentro de su cabeza. Ha probado a contar ovejas, concentrarse en la respiración o simplemente dejar la mente en blanco, pero ninguna de estas técnicas parece ayudarla a librarse de todos estos pensamientos indeseables. Por el contrario, se siente cada vez más angustiada, inquieta, girándose una y otra vez buscando una posición cómoda. No quiere abrir los ojos, pero no puede resistirse a la tentación de echarle un vistazo al reloj para ver cuánto tiempo le queda antes de tener que levantarse para ir a trabajar. Finalmente, completamente exhausta, se queda dormida a la 1.30 h de la madrugada, y duerme profundamente hasta el amanecer.

Louis-Pierre no tiene problemas para dormirse. Está tan agotado cuando se acuesta, hacia las 22.30 h de la noche, que habitualmente se duerme a los 5 o 10 minutos. Su problema es que no logra seguir dormido. Se despierta una, dos o tres veces por la noche, sin razón aparente, y le cuesta volver a coger el sueño. Tiene mucho cuidado de no hacer nada que pudiera mantenerle despierto, pero no puede resistir las ganas de echarle un vistazo al reloj. Se pone entonces a pensar en el trabajo que no ha terminado en el despacho, o en lo que tiene que hacer al día siguiente. Llegado un momento dado, se vuelve a dormir, tan sólo para despertarse nuevamente aproximadamente una hora más tarde. Si bien antes no consideraba esto como un problema, empieza a estar harto de estos despertares nocturnos. Louis-Pierre da por hecho que se mantendrá despierto de unos 15 a 60 minutos cada vez que se despierte durante la noche. Con frecuencia se enfada consigo mismo cuando ve que está totalmente despierto en plena noche, mientras que todo el mundo dentro de la casa duerme profundamente.

Contrariamente a Marie-Hélène y a Louis-Pierre, Sophie puede dormirse con facilidad y permanecer dormida de cinco a seis horas. Su principal problema es que se despierta muy pronto, habitualmente hacia las 4.00 o las 5.00 de la madrugada, y no logra volverse a dormir. Va al cuarto de baño y vuelve rápidamente a acostarse, esperando poder dormir un poco más antes de que amanezca. Rara vez le sale bien. Entonces, se queda en la cama y empieza a darle vueltas a todo –a los problemas con los niños, a su vida en general e incluso a su capacidad de lograr tener un mayor control sobre su sueño. Cuando finalmente suena el despertador, Sophie debe hacer un esfuerzo sobrehumano para salir de la cama.

Las diferentes formas de insomnio

Estas situaciones ilustran tres tipos diferentes de insomnio. Podemos tener un problema para dormirnos al acostarnos (Marie-Hélène), lo que se denomina insomnio inicial; despertares nocturnos frecuentes o prolongados (Louis-Pierre), o un despertar precoz de madrugada junto con incapacidad de volver a dormirnos (Sophie). Las dificultades para iniciar y mantener el sueño no son independientes entre sí, y una misma persona puede sufrir una mezcla de estos dos tipos de molestias. La naturaleza del problema también puede variar con el tiempo, de manera que una misma persona puede padecer insomnio inicial y, pasado un cierto tiempo, ver que su problema se transforma en despertares precoces de madrugada. Si bien algunas personas no se corresponden claramente con ninguna de estas tres categorías, una queja subjetiva de insomnio suele reflejar generalmente una insatisfacción respecto de la duración o de la calidad del sueño. A veces, no existe ningún problema en particular para conciliar el sueño ni para permanecer dormido, pero el sueño da la impresión de ser ligero, no descansado o no reparador. Permanecer en un estado de medio dormido o medio despierto durante la mayor parte de la noche puede ser una experiencia muy frustrante y agotadora; es como si permaneciéramos conscientes de lo que nos rodea y del paso del tiempo, y una serie de pensamientos intrusivos nos asaltaran durante toda la noche, impidiendo así la progresión natural en dirección a un sueño más profundo.

No existe una definición única del insomnio. Los expertos coinciden sin embargo en decir que tardar más de 30 minutos en dormirse o pasarse más de 30 minutos despierto a media noche, con una duración total del sueño inferior a 6,5 horas por noche, supone un problema de insomnio. Una eficacia del sueño del 85% constituye un buen índice para distinguir el sueño normal del insomnio

clínico. La eficacia del sueño corresponde a la proporción entre el tiempo total de sueño dividido por el tiempo pasado en la cama, y multiplicado por 100. Por ejemplo, si nos pasamos un promedio de ocho horas en la cama cada noche y dormimos únicamente seis de estas ocho horas, nuestra eficacia del sueño es del 75% (6/8= 0,75 x 100= 75%). Si bien la mayoría de las personas que duermen bien, tardan unos 10 o 15 minutos en dormirse, no hay que preocuparse si necesitamos de 15 a 30 minutos para conciliar el sueño. Por el contrario, los que se duermen en menos de cinco minutos probablemente tengan falta de sueño y estarán interesados en dormir más tiempo. En razón de las diferencias individuales en las necesidades de sueño, la reducción en las horas de sueño por sí sola no es necesariamente indicativa de insomnio. Si dormimos seis o siete horas por noche y nos sentimos descansados y despiertos al día siguiente, no padecemos insomnio. Sin embargo, si tenemos dificultades en dormirnos o en permanecer dormidos durante tres o más noches a la semana, y el problema persiste desde hace unas semanas, probablemente padezcamos insomnio. Los criterios utilizados para diagnosticar el insomnio se describen en la tabla 2.1.

El insomnio es una experiencia subjetiva, y de forma análoga al dolor crónico, puede ser difícil de describir y todavía más de cuantificar. La percepción subjetiva del sueño no se corresponde siempre con el sueño fisiológico real tal como aparece medido por el registro electroencefalográfico (EEG) de las ondas cerebrales. Los estudios que comparan la evaluación de diversos parámetros del sueño, muestran con frecuencia diferencias importantes entre las evaluaciones subjetivas y los registros objetivos del sueño. Por ejemplo, los insomnes tienden a sobrevalorar el tiempo que tardan en dormirse y a infravalorar la duración total del sueño, comparado con los criterios del EEG.

Tabla 2.1
Criterios diagnósticos del insomnio

Queja subjetiva de dificultades para iniciar el sueño o permanecer dormido;
Tiempo requerido para dormirse o tiempo pasado despierto después de dormirse inicialmente, superior a 30 minutos; duración total del sueño inferior a 6,5 horas o eficacia del sueño inferior al 85%;
Dificultades para dormir durante tres o más noches a la semana;
Duración del insomnio superior a un mes;
Alteración psicológica y/o dificultades de funcionamiento (social, familiar u ocupacional) provocadas por el insomnio.

En el capítulo anterior, hablamos de las diferentes fases del sueño y de la progresión gradual de un sueño ligero a un sueño más profundo durante la noche. Cuando se despiertan en la fase del sueño ligero (fase 1), los insomnes suelen afirmar que ya estaban despiertos, mientras que las personas que duermen bien son más propensas a decir que dormían o que no están seguros de cuál era su estado en ese preciso momento. En el extremo, existe igualmente un tipo de insomnio, llamado insomnio paradójico, que se caracteriza por una percepción de insomnio muy grave, si bien no existe ninguna evidencia objetiva que pueda validar esta queja subjetiva. Así, algunos de nuestros pacientes vienen a pasar una noche en la clínica del sueño y, al despertarse por la mañana, están convencidos de que no han dormido más que una o dos horas en toda la noche, cuando los trazos de los registros EEG indican que han pasado una noche relativamente normal con unas 6 o 7 horas de sueño. Evidentemente, cuando hablamos de los resultados de la prueba con estas personas, sencillamente no se lo explican. Se trata en este caso de una minoría de pacientes que presenta este tipo de insomnio paradójico, y los investigadores estudian actualmente

los factores que podrían explicar estas diferencias importantes entre la percepción del estado de sueño-vigilia y la actividad cerebral. Investigaciones recientes dirigidas por mi colega Célyne Bastien de la universidad Laval utilizando unas técnicas sofisticadas de análisis de la actividad cerebral durante el sueño, revelan que el cerebro de los insomnes se mantiene más activado que el de las personas que duermen bien, y continúa tratando la información procedente del entorno incluso durante el sueño. Viene a ser un poco como si el cerebro se mantuviera medio despierto durante el sueño, lo que concuerda totalmente con el estado de hipervigilancia presente en muchas de las personas que padecen insomnio. Por tanto, no es que las personas que duermen mal exageren sus problemas, sino que pudiera ser más bien que la exactitud de la percepción del tiempo se vea afectada por otros factores –psicológicos, cognitivos, o incluso por el carácter agradable o penoso de una situación. Por ejemplo, en las experiencias de privación sensorial, mientras que el sujeto está flotando en una cuba enorme de agua salada y permanece aislado de toda estimulación visual o sensorial, se observa una tendencia a infravalorar el tiempo transcurrido en relación con el tiempo real. En razón de la naturaleza agradable o relajante de esta situación, el tiempo parece pasar más rápido de lo que se percibe subjetivamente. Por el contrario, la experiencia de estar despierto durante una o dos horas en mitad de la noche puede ser muy desagradable, lo que mueve a la persona a sobrevalorar el tiempo real requerido para dormirse o para volver a coger el sueño. En resumen, es muy probable que nos durmamos un poco más rápido de lo que percibimos y que durmamos un poco más de lo que nos pensamos. Con todo, si consideramos que nuestro sueño es deficiente, padecemos insomnio.

Problemas de sueño ocasionales y crónicos

La duración de un problema de sueño es otra dimensión importante a considerar durante la evaluación de la necesidad de tratamiento. Casi todo el mundo atraviesa períodos ocasionales de insomnio, provocados habitualmente por un estrés, una enfermedad física o un desfase horario. Este tipo de insomnio agudo no suele durar habitualmente más que unos días, y no hay ninguna razón para alarmarse. Cuando la vida retoma su curso normal, el sueño hace otro tanto. Sucede, no obstante, que las dificultades para dormir persisten durante semanas (insomnio a corto plazo), a veces meses, e incluso años (insomnio crónico). El insomnio pasajero suele estar asociado a factores estresantes más persistentes, tales como problemas familiares, preocupaciones relacionadas con el trabajo o los estudios, o dificultades interpersonales. También en este caso, la mayoría de las personas recuperan el sueño normal cuando estos problemas desaparecen. En el caso de algunas personas, no obstante, el insomnio puede volverse crónico. Es posible que los acontecimientos que precipitaron el inicio del insomnio –problemas familiares o estrés en el trabajo– hayan persistido. También puede ser que el insomnio haya seguido su curso incluso después de que los sucesos desencadenantes hayan desaparecido, o de que nos hayamos adaptado a su presencia más o menos permanente. Cualquiera que sea su origen, cuando los problemas de sueño persisten más de unas semanas, es hora de hacer algo para poner remedio a la situación.

El insomnio tiene a veces una evolución intermitente. Es posible que durmamos bien en casa, pero que nuestro sueño se altere cuando viajamos. Muchos estudiantes o enseñantes tienen dificultades para dormir durante el año académico, y sus dificultades des-

aparecen durante las vacaciones. Algunas mujeres tienen episodios breves, pero recurrentes, de alteración del sueño durante las menstruaciones o durante el período que precede a las menstruaciones.

El "insomnio del domingo por la noche" es otra forma de insomnio pasajero, pero recurrente, a menudo generado por el hecho de dormir hasta muy tarde los fines de semana, una práctica muy extendida tanto entre las personas que duermen bien como entre las que duermen mal. Algunas personas duermen hasta muy tarde por el solo placer de no tener que despertarse con el sonido del despertador. Otros desean recuperar con ello la falta de sueño que han ido acumulando durante la semana, de resultas de las muchas horas de trabajo. Finalmente, otros tratan de compensar así las noches de insomnio. Al margen de cuál pueda ser la razón, es natural que tratemos de recuperarnos durmiendo hasta más tarde por la mañana o durmiendo la siesta por la tarde. Unas horas suplementarias de sueño durante el fin de semana pueden ser suficientes para revitalizar el cuerpo y la mente. Sin embargo, el peligro es que tal vez no tendremos sueño a nuestra hora habitual de acostarnos el domingo por la noche. No hay necesidad de inquietarse por el insomnio del domingo por la noche en la medida en que nosotros, nuestra familia y nuestros compañeros de trabajo podamos afrontar el bajón del lunes por la mañana. Si tenemos niños pequeños o cualquier otra obligación durante nuestros días libres, probablemente no podremos permitirnos el lujo de estas horas suplementarias de sueño durante los fines de semana. De alguna forma, estaremos más inmunizados contra el insomnio del domingo por la noche. Dejar que se nos peguen las sábanas los fines de semana, una práctica sana para las personas que duermen bien, suele estar generalmente desaconsejado en las personas vulnerables al insomnio. Las personas que temen la vuelta a un trabajo estresante los lunes por la

mañana son particularmente vulnerables al insomnio del domingo por la noche. Retomaremos este aspecto en el capítulo 6.

El insomnio: un problema de salud pública muy extendido

Prácticamente todo el mundo se ve afectado por problemas de sueño en un momento u otro de su vida. Los sondeos revelan que el insomnio afecta a casi un tercio de la población, incluidos hombres y mujeres de todas las edades. Por ejemplo, una encuesta reciente realizada por nuestro equipo de la universidad de Laval en Québec a unos 2.000 adultos indica que el 25% de los sujetos dicen estar satisfechos con su calidad de sueño, el 30% refieren síntomas ocasionales de insomnio y el 10% tienen problemas de insomnio crónico acompañado de perturbaciones en el funcionamiento diurno. En general, las quejas de insomnio son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, no está claro si las mujeres tienen más riesgo de padecer problemas de sueño o sencillamente son más propensas a divulgarlos. Dado que el insomnio es percibido por ciertas personas como un signo de falta de autocontrol, algunos hombres podrían perfectamente padecer insomnio y no decirlo. Curiosamente, las evaluaciones objetivas realizadas en el laboratorio muestran que el sueño de los hombres, particularmente de los hombres de más edad, tiende a estar más alterado que el de las mujeres, que conservan una mayor calidad de sueño durante el envejecimiento.

La incidencia de los problemas de sueño aumenta con la edad, y la naturaleza de la queja también cambia. Más del 20% de las personas mayores con 60 años de edad y más refieren dificultades serias para dormir por la noche. Con el envejecimiento, el sueño se vuelve más ligero y se produce una disminución del tiempo trans-

currido en las fases de sueño más profundas. En consecuencia, los despertares nocturnos son más frecuentes y molestos en las personas mayores, mientras que las dificultades para dormirse a la hora de acostarse o la falta de sueño propiamente dicha son más frecuentes en las personas más jóvenes. Si bien la edad en sí genera una serie de cambios en el sueño, y los problemas de salud también pueden alterar el sueño, el insomnio no es necesariamente una consecuencia inevitable del envejecimiento. Las personas mayores que tienen dificultades para dormir más allá de lo que se pudiera atribuir a los efectos de la edad y de la salud, se pueden beneficiar de algunos cambios sencillos en sus hábitos y sus horarios de sueño. Hablaremos de esto con más detalle en el capítulo 14.

El insomnio es con mucho el más corriente de todos los trastornos del sueño. Junto con la gripe y el dolor, las quejas relativas al sueño figuran entre los problemas de salud más frecuentes referidos a los médicos. Cada vez más personas consideran que su problema de sueño es lo suficientemente serio como para consultar a un profesional de la salud, pero desgraciadamente los recursos o la evaluación profesional no siempre están al alcance para responder a esta demanda. La encuesta mencionada más arriba revela que más del 40% de las personas que tienen un problema de insomnio ya han consultado con un profesional de la salud específicamente sobre este problema, y otros ya le han hablado de ello a su médico, pero únicamente dentro del contexto de una visita en relación con otro motivo distinto de consulta. A pesar de estos porcentajes de consulta que son más elevados que los de encuestas precedentes, ello deja a más de la mitad de las personas que padecen insomnio sin haber consultado jamás en relación con este problema. Aunque varias de estas personas que sufren en silencio podrían beneficiarse de una ayuda profesional, parece que algu-

nos han llegado a la conclusión de que el insomnio no es un verdadero problema clínico, que no se puede hacer nada para aliviarles o que las pastillas para dormir son el único tratamiento disponible. Presas del pánico con frecuencia, algunas de estas personas habrán recurrido a toda clase de remedios, como los productos sin receta médica, para contrarrestar el insomnio, pero sin éxito.

Varios factores pueden explicar por qué tantas personas todavía dudan en consultar y sufren inútilmente. Por una parte, existe una falta de información sobre las diferentes opciones de tratamiento para el insomnio. Por otra, aunque las intervenciones conductuales expuestas en este libro se apoyen en datos científicos, con frecuencia más convincentes que las que avalan a los somníferos, dichas intervenciones no están siempre al alcance. De hecho, aunque existan cada vez más clínicas del sueño, éstas no siempre ofrecen servicios de evaluación y de tratamiento para el insomnio; con frecuencia se limitan al problema de la apnea del sueño. Finalmente, la formación de los médicos y demás profesionales de la salud a fin de poder reconocer y tratar el insomnio suele ser muy limitada. Teniendo poco tiempo y no sabiendo cómo intervenir al margen de recetar medicamentos para dormir, el médico puede sentirse tentado de no tomar en consideración la queja de insomnio o de atribuirla al estrés o a la edad. Por supuesto, si el insomnio es una queja más entre muchas otras, el médico puede verse obligado a concederle menos importancia. ¿Cuántas veces nos han dicho que no le demos vueltas a este tema, que ya se pasará? Aunque haya un fondo de verdad en este consejo, ello no permite abordar directamente el problema y puede ser muy frustrante para la persona que tiene que luchar contra el insomnio. Si padecemos insomnio crónico, debemos consultarlo y asegurarnos de que el médico u otro profesional de la salud formula las preguntas

adecuadas antes de proceder a prescribir un tratamiento. Informémonos igualmente de las diferentes opciones de tratamiento, ya no sólo los medicamentos, sino también los otros enfoques terapéuticos, como la terapia conductual.

¿Cuáles serían los factores de riesgo?

No existe un perfil "tipo" de personalidad que caracterice a todos los sujetos que padecen insomnio. No obstante, un cierto número de características o de rasgos psicológicos parecen predisponer a determinados sujetos a padecer insomnio. La hiperexcitabilidad sería una de las características más importantes. Este término alude a un estado de agitación mental o de tensión muscular que persiste, de alguna forma, día y noche. En la primera ilustración clínica, el ejemplo de Marie-Hélène refleja bien este caso. Marie-Hélène se encuentra en un estado mental de sobreactivación. Los pensamientos se agolpan y es incapaz de quedarse en blanco. El estado fisiológico que lo acompaña es el siguiente: tensión muscular, pulsaciones cardíacas rápidas y temperatura corporal más elevada. Si bien algunos se benefician del elevado nivel de activación física y mental durante el día, pudiendo traducirse en un nivel de energía más elevado y en una mayor productividad, estas personas pueden tener dificultades para distenderse a la hora de acostarse; se mantienen "sobreexcitadas". La tendencia a preocuparse por todo y por nada es otra característica común en los insomnes. En algunos, el estilo de pensamiento obsesivo y la tendencia a rumiar constituyen otros elementos que predisponen al insomnio. Las personas que presentan estas características suelen ser ansiosas o hipervigilantes, y no logran destensarse en el momento de ir a la cama.

Tabla 2.2
Algunos factores de riesgo de insomnio

Hiperactivación mental y fisiológica
Estilo de personalidad tendente a la preocupación y la rumiación; perfeccionista
Tendencia a reprimir las emociones
Problemas médicos y psicológicos
Sexo femenino
Envejecimiento
Antecedentes familiares de insomnio

La tendencia a reprimir las emociones puede traducirse en problemas de orden somático, incluido el insomnio. Si bien todo el mundo tiene que hacer frente a una serie de contrariedades cotidianas, las personas que no expresan sus emociones durante el día tienen tendencia a llevar sus problemas a la cama. Inevitablemente se preocupan, y sus esfuerzos por desembarazarse de los pensamientos intrusivos rara vez funcionan. Si algunos de estos rasgos son característicos de nuestra personalidad, en tal caso seremos más vulnerables a padecer insomnio.

Como el sueño es muy sensible a los problemas psicológicos y médicos, las personas que sufren alguna de estas dificultades son más susceptibles de tener un sueño alterado que los que gozan de una buena saludad mental y física. Además del aumento de los problemas médicos y del consumo de fármacos en las personas mayores, el envejecimiento del cerebro aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno del sueño.

En general, las mujeres parecen estar más predispuestas al insomnio en tanto que los hombres son más propensos a otros trastornos tales como la apnea del sueño. La razón que podría

explicar la mayor predisposición de las mujeres al insomnio no se conoce bien, pero los cambios hormonales que tienen lugar durante la menopausia podrían acrecentar este riesgo.

Los antecedentes familiares de insomnio constituyen también un factor de riesgo, si bien no está claro si ello es el resultado de una contribución genética o bien de los malos hábitos de sueño aprendidos de los padres. La narcolepsia, un trastorno del sueño caracterizado por ataques de sueño repentinos e inesperados, posee un componente genético claramente identificado. Un componente genético de tales características no se ha identificado en el caso del insomnio.

Es importante precisar que la presencia de estos factores de riesgo no significa obligatoriamente que vayamos a padecer insomnio. Incluso en el caso de que nos reconozcamos en algunas de estas características, es perfectamente posible mejorar nuestro sueño sin necesidad de proceder a cambiar completamente nuestra personalidad.

Las consecuencias del insomnio crónico

La falta de sueño puede generar unos efectos perjudiciales en la calidad de vida, el rendimiento en el trabajo, el bienestar psicológico, e incluso la salud física. En el capítulo precedente, mencionamos algunos de los efectos de la falta de sueño observados en estudios experimentales sobre privación de sueño. Ahora nos detendremos en los efectos del insomnio crónico; estas secuelas suelen ser más sutiles y más difíciles de medir objetivamente. No obstante, son igualmente importantes y suelen ser estas consecuencias tan temidas o estos efectos tan nefastos, más que la falta

de sueño propiamente dicha, las que incitan a los insomnes a consultar a un profesional de la salud.

Michèle, analista de 42 años, sufre insomnio crónico desde los años en los que estudiaba en la universidad. En su testimonio, presentado ante los miembros de la comisión nacional de investigación sobre los trastornos del sueño, reunidos en el Capitol Hill de Washington, Michèle describe con elocuencia los efectos asociados a su larga batalla contra el insomnio:

Mis noches de insomnio han sido muy dañinas para mi rendimiento en el trabajo, para mi estabilidad emocional y para mi bienestar físico. A lo largo de los años, he ido perdiendo las ganas de afrontar nuevos retos, e incluso las tareas más sencillas de todos los días me parecen agobiantes. Con frecuencia, me siento tan débil durante el día que me resulta difícil concentrarme en tareas complejas durante largos períodos de tiempo. Tengo muchas dificultades para motivarme y emprender nuevos proyectos o acabar proyectos que ya están en marcha. Cada día, me da miedo ir al trabajo porque debo librar una batalla constante únicamente para mantenerme despierta en el despacho. Los efectos emocionales del insomnio y de la fatiga crónica han sido verdaderamente devastadores en mi vida personal y profesional. Cuando llego a casa, ya no me quedan energías para relacionarme con las amistades ni tampoco tengo interés en hacer nuevas relaciones. Con frecuencia tengo una sensación de desesperación y de impotencia. Durante los últimos cinco años, vengo sufriendo infecciones crónicas de los senos frontales y de los bronquios que me han obligado a coger de 8 a 10 días de baja por enfermedad a lo largo del año. Creo que es la falta de sueño y la fatiga crónica las que me han vuelto más sensible a desarrollar estas infecciones.

Este testimonio ilustra claramente los efectos devastadores de los problemas de sueño crónicos sobre la vida personal y profesional de Michèle. Analicemos con más detalle las consecuencias habitualmente asociadas al insomnio crónico.

Fatiga diurna y rendimiento

La fatiga diurna es ciertamente la queja más frecuente en las personas que padecen insomnio crónico. Esta fatiga puede ser física, mental, o generalizada. Ello suele traducirse en una disminución de la energía y problemas de atención, de concentración y de memoria. Este estado enlentece la capacidad de asimilar y de tratar la información. La motivación disminuye también y se requiere un gran esfuerzo para realizar lo que habitualmente suele ser una tarea sencilla y rutinaria. La torpeza física también puede hacernos más vulnerables a los accidentes después de una noche de insomnio. Los momentos de inatención pueden llevarnos a extraviar objetos o a preguntarnos si hemos hecho ya algo que teníamos previsto hacer. En el peor de los casos, la falta de atención mientras vamos conduciendo puede llevarnos a tener un accidente de circulación.

Sorprendentemente, la somnolencia diurna no es una consecuencia muy extendida ni tan siquiera en los insomnes graves. Las personas que sufren insomnio suelen estar sobreexcitadas, tanto por el día como por la noche, y aunque muestren una fatiga intensa, ello no se traduce necesariamente en somnolencia. Durante la evaluación en la clínica del sueño, se realiza un test de noche y un test de día. Para el test de día, se le pide al paciente que duerma cinco siestas de 20 minutos a intervalos de dos horas repartidos a lo largo de la jornada. La velocidad con la que la persona se

duerme nos brinda una medida objetiva de la somnolencia. Mientras que las personas que sufren narcolepsia y apnea del sueño se duermen en menos de 5 minutos, lo que se considera un grado patológico de somnolencia, los insomnes, por su parte, pueden tardar de 12 a 15 minutos, o no dormirse en absoluto. Así, a pesar de los claros signos de fatiga y letargia mental, el insomne típico no padece una somnolencia fisiológica excesiva durante el día.

Bienestar psicológico

El insomnio agudo puede provocar una alteración emocional considerable, sobre todo si lo percibimos como un signo de pérdida de control. A veces, los pacientes que llevan varias noches en blanco se presentan en nuestra clínica en estado de pánico. Tienen miedo de no poder volver a dormir jamás. Viven una ansiedad excesiva y se temen lo peor para su salud mental y física, si no consiguen recuperar el control de lo que anteriormente era una habilidad. Evidentemente, no todo el mundo se inquieta hasta este punto en relación con los problemas de sueño, sobre todo cuando el problema es situacional. Por el contrario, las personas que tienen que luchar todas las noches con este tipo de dificultades se vuelven más irritables, tensas y deprimidas. Las personas que padecen problemas de insomnio crónicos también pueden tener una sensación de impotencia. Hagan lo que hagan, nada parece facilitar su sueño o ayudar a que éste sea más previsible. El insomnio también puede reducir la capacidad que tiene la persona de disfrutar de sus relaciones con los demás –familiares y sociales. Es más difícil afrontar las contrariedades leves después de una mala noche de sueño. Las relaciones con los amigos, los familiares o los compañeros de trabajo son menos agradables. La persona que sufre insomnio puede incluso sentir un cierto males-

tar social, y sentirse fácilmente cohibido o irritado por los demás. Ello puede llegar hasta el punto de retraerse socialmente y evitar a la gente. No es de extrañar, pues, que el insomnio crónico aumente el riesgo de depresión, de donde la importancia de consultar con un profesional de la salud cuando el insomnio persista más allá de unas pocas semanas.

Salud física

Los efectos del insomnio sobre la salud física no están tan claros como los efectos sobre el bienestar psicológico, aunque los insomnes expresan muchas inquietudes y temores respecto de los efectos negativos que los problemas de sueño tienen sobre su salud. Como quedó claramente ilustrado en el testimonio de Michèle, algunas personas tienen la sensación de que su sistema inmunitario se debilita, y que se vuelven más propensos a contraer una gripe u otras infecciones debido al insomnio crónico. Estos efectos han sido documentados en los estudios con animales, pero no existen de hecho pruebas de una relación directa causa-efecto que sugieran que el insomnio en los seres humanos tenga consecuencias duraderas para la salud física. Lo que sí está claro, sin embargo, es que el despertar después de pasar una mala noche suele ser penoso y doloroso. Ocasionalmente, el cuerpo entero puede resentirse, pero resulta difícil determinar con precisión si ello se puede atribuir a la falta de sueño o bien a la alteración psicológica que suele acompañar al insomnio. Aun así, es importante recordar que si bien la eficacia y la calidad del sueño pueden estar deterioradas, la cantidad real de sueño perdido suele ser habitualmente leve en el caso de la mayoría de los insomnes.

Costes económicos

Los costes asociados al tratamiento del insomnio y a sus efectos negativos apenas están empezando a ser evaluados. Un estudio actualmente en marcha en nuestro centro de investigación sobre los trastornos del sueño, incluye el seguimiento longitudinal de varios miles de personas que sufren insomnio. Una de las secciones de este estudio pretende valorar la carga económica que supone el insomnio, incluidos los costes para el sistema de salud. Las estimaciones disponibles actualmente indican que el insomnio supone un coste de más de 200 millones anuales, únicamente en concepto de servicios de salud y de productos utilizados para tratar el insomnio, incluidas las visitas al médico, somníferos, productos naturales y sin receta. Estas estimaciones pueden parecer elevadas, pero el insomnio sale como mínimo tres veces más caro únicamente en concepto de bajas por enfermedad motivadas por los problemas de sueño. En Québec, se estima que una persona que padece insomnio crónico le cuesta cerca de 4.400$ anuales al sistema de salud en gastos directos e indirectos.

En Estados Unidos, la comisión nacional de investigación sobre los trastornos del sueño estimaba al comienzo de los años 90 que los norteamericanos desembolsaban cerca de medio billón anual en concepto de medicamentos y productos dirigidos a mejorar el sueño, y otro medio billón en concepto de consultas a médicos y profesionales de la salud mental motivadas por el insomnio. Los costes indirectos asociados a las bajas por enfermedad, al descenso de la productividad e incluso a los accidentes provocados por los trastornos del sueño, eran igualmente más elevados que los que se derivaban directamente de los tratamientos de estos mismos trastornos del sueño. Como indican

estos datos, si las consecuencias de los trastornos del sueño cuestan más caro que el tratamiento de dichos trastornos, nos podemos preguntar ¡por qué no se asignan más recursos para el tratamiento de los trastornos del sueño!

¿Padecemos de insomnio?

Ahora que tenemos un poco más de información sobre la naturaleza del insomnio, sus diferentes formas y sus efectos, veamos si padecemos insomnio. Tomémonos unos minutos para revisar las preguntas sobre el insomnio que aparecen en la tabla 2.3 y comparemos nuestras respuestas con los criterios diagnósticos que se describen en la tabla 2.1. Si la mayoría de estos cinco criterios se aplican a nuestro caso, probablemente seamos unos buenos candidatos para el programa que se describe en este libro. Incluso si nuestra situación no se corresponde con todos los criterios, podemos cuanto menos beneficiarnos de este programa y tal vez prevenir el desarrollo de problemas de sueño más graves o más crónicos. Observaremos que algunas preguntas aluden a la utilización de sustancias para dormir; analizaremos este tema más detenidamente en el capítulo 11. No obstante, si estamos tomando actualmente pastillas para dormir, con o sin receta médica, o incluso si bebemos alcohol específicamente para dormir, ello puede estar enmascarando un problema subyacente de sueño. Los somníferos se recomiendan únicamente para utilizarlos a corto plazo. Así pues, si tomamos algún medicamento para dormir desde hace más de algunas semanas y padecemos insomnio siempre, tal vez ha llegado el momento de tomar en consideración otro enfoque terapéutico y nos podríamos beneficiar de las estrategias recomendadas en este libro.

Si respondemos afirmativamente a cualquiera de las preguntas de la última sección, las posibles causas del insomnio, asegurémonos de leer los capítulos 3 y 12 que describen varias de las afecciones que pueden estar contribuyendo al insomnio y que requieren una atención médica, antes de poner en marcha este programa.

El cuestionario de la tabla 2.4, "Índice de gravedad del insomnio", puede igualmente servirnos de guía para valorar la severidad de nuestro insomnio actual y para revisar los cambios a lo largo del tratamiento. Procedamos a rellenar este cuestionario y, si decidimos consultar a un profesional de la salud, llevémosle una copia para ayudarle a comprender mejor la naturaleza y la gravedad de nuestro insomnio.

Tabla 2.3
¿Padece insomnio?

¿Qué tipo de insomnio?
¿Tiene dificultades para dormirse? ¿Tiene dificultades para permanecer dormido? ¿Se despierta con frecuencia o durante largos períodos en mitad de la noche? ¿Se despierta demasiado temprano por la mañana y no puede volver a dormirse? ¿Tiene la impresión de que su sueño es ligero y poco reparador?
Insomnio ocasional o crónico
¿Cuántas noches a la semana tiene dificultades para dormir? ¿Estas dificultades son previsibles en determinadas noches en concreto? ¿Desde hace cuánto tiempo tiene dificultades para dormir?
¿Cómo le afecta el insomnio durante el día?
¿Su energía durante el día se ve disminuida debido a que duerme mal por la noche (se siente fatigado, agotado, extenuado)? ¿Le cuesta funcionar durante el día debido a que duerme mal (tiene problemas de concentración y de memoria)? ¿Su humor se ve afectado por el insomnio (se siente irritable, tenso, deprimido, confundido)? ¿Se siente preocupado en relación con el insomnio o con la manera como ello le afecta durante el día?
Utilización de alguna ayuda para dormir
¿Está tomando alguna medicación que le hayan recetado para dormir? ¿Utiliza algún producto natural o alguna medicación sin receta para dormir? ¿Bebe alcohol para ayudarse a dormir?
Posibles causas del insomnio
¿Padece algún problema médico que le genere dolor o alguna insuficiencia cardiorrespiratoria? ¿Padece algún trastorno psicológico como, por ejemplo, depresión o ansiedad? ¿Su pareja le ha hecho notar que ronca usted o que deja de respirar mientras está durmiendo? ¿Siente impaciencias musculares o el impulso de mover las piernas a la hora de acostarse? ¿Su pareja le ha hecho notar que tiene usted sacudidas o tics en las piernas mientras está durmiendo?

Tabla 2.4
Índice de gravedad del insomnio

En cada una de las preguntas, marque con un círculo el número que corresponda lo más fielmente posible a su sueño durante el transcurso del **último mes**. Sume el total de puntos de las 7 preguntas y consulte la guía de interpretación de la página siguiente.

Valore la gravedad de los diferentes tipos de insomnio:

	Ninguna	Leve	Moderada	Elevada	Extrema
1. Dificultad para dormirse.	0	1	2	3	**4**
2. Dificultad para permanecer dormido.	0	1	2	3	**4**
3. Problema de despertarse demasiado temprano por la mañana.	0	1	2	3	**4**

	Muy satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy insatisfecho
4. ¿Hasta qué punto se siente satisfecho o insatisfecho con su sueño actual?	0	1	2	3	4

	En absoluto	Ligera-mente	Mediana-mente	Mucho	Extremada-mente
5. ¿Hasta qué punto considera que sus dificultades para dormir alteran su funcionamiento (p.ej., fatiga, concentración, memoria, humor)?	0	1	2	3	4

6. ¿Hasta qué punto considera que sus problemas de sueño son evidentes para los demás en términos de deterioro de su calidad de vida?	0	1	2	3	4
7. ¿Hasta qué punto se siente inquieto o preocupado en relación con sus problemas de sueño actuales?	0	1	2	3	4

Guía de interpretación

Valores entre 0-7:

Este resultado sugiere que no se puede hablar de un insomnio clínicamente importante. Si nos preocupa nuestro sueño, podemos volver a hacer el cuestionario nuevamente pasado un tiempo.

Valores entre 8-14:

Este resultado sugiere la presencia de síntomas de insomnio de leves a moderados. Si bien el grado de severidad no requiere un tratamiento inmediato, podemos no obstante beneficiarnos del tratamiento que se describe en este libro. También podemos seguir vigilando nuestros síntomas para comprobar si se agravan con el tiempo.

Valores entre 15-21:

Este resultado sugiere la presencia de síntomas de insomnio moderados. Tales síntomas suelen ser habitualmente suficientes para justificar una evaluación y un tratamiento. Probablemente seamos unos buenos candidatos para el tratamiento que se describe en este libro. Podemos igualmente consultar a un profesional de la salud.

Valores entre 22-28:

Este resultado sugiere la presencia de un insomnio grave asociado a un importante deterioro del funcionamiento diurno. Deberíamos consultar a un profesional de la salud a fin de que nos hagan una evaluación más detallada y hablar de los posibles tratamientos.

© Charles M. Morin, 1993

3

LAS MÚLTIPLES CAUSAS DEL INSOMNIO

Los expertos en sueño han identificado diversos factores que pueden provocar insomnio –psicológicos, médicos, farmacológicos, ambientales y demás. Los dos más importantes son los factores psicológicos y médicos. Dado que el sueño es muy sensible a cualquier cambio en el estado psicológico o físico de una persona, el insomnio suele ser uno de los primeros síntomas en aparecer durante los períodos de estrés emocional o de enfermedad física. El insomnio puede ser inducido por la utilización excesiva de cafeína, nicotina o alcohol. Ciertos medicamentos, ya sea por prescripción médica o que se puedan adquirir sin receta, también pueden alterar el sueño. Algunos trastornos del sueño pueden estar en el origen de un problema de insomnio. El desfase horario y los horarios rotativos pueden desincronizar nuestro reloj biológico, generando de este modo un estado de somnolencia mientras que todo el mundo está despierto, e insomnio cuando todo el mundo duerme. Dado que el insomnio puede ser un síntoma de diversas afecciones diferentes, suele ser necesaria una evaluación detallada a fin de precisar sus principales causas. Es importante asimismo

tener en mente que el insomnio rara vez suele estar generado por un único factor; suele ser el resultado de una combinación de factores lo que altera el sueño. Procedamos a detenernos en cada uno de estos factores.

Las causas psicológicas

El estrés, la ansiedad y la depresión son sin duda alguna las causas más corrientes de insomnio. Prácticamente todo el mundo debe hacer frente, cuanto menos periódicamente, a pequeñas tensiones, enfados o contrariedades –en casa, en el trabajo o durante los desplazamientos entre estos dos lugares. Puede tratarse de un conflicto con un jefe o con un compañero de trabajo, de problemas de relación o desacuerdos con las personas cercanas y los familiares, o incluso de irritaciones generadas por problemas de circulación en la carretera. La gente reacciona de forma diferente a estos factores estresantes e irritantes cotidianos. Algunas personas están provistas de estrategias eficaces para hacerles frente, mientras que otras simplemente son capaces de dejar a un lado las preocupaciones y las inquietudes a la hora de acostarse y duermen de forma absolutamente normal, sean cuales fueren los acontecimientos que tuvieran lugar durante la jornada. Finalmente, otras personas más sensibles a estas mismas contrariedades cotidianas no logran desconectarse e, inevitablemente, tienen dificultades para dormir.

Al margen del temperamento de una persona, ciertos acontecimientos vitales de primera magnitud interfieren en el sueño, cuanto menos transitoriamente. La muerte de un ser querido, una separación, la pérdida de empleo o una intervención quirúrgica inminente desencadenarán casi siempre problemas de sueño,

incluso en aquellas personas que habitualmente no tienen ninguna dificultad para dormir. En presencia de tales circunstancias, el insomnio constituye una respuesta natural que forma parte de un proceso de duelo, de un episodio depresivo o de la ansiedad concomitante a una situación vital amenazante. El sueño vuelve habitualmente a la normalidad –aunque no sea siempre el caso– una vez que el estrés desaparece o cuando la persona se adapta a su presencia más o menos permanente.

Los problemas de sueño también pueden estar asociados a un trastorno psicológico más profundamente arraigado. A título de ejemplo, el insomnio es uno de los síntomas de diversos trastornos depresivos y de ansiedad. El insomnio inicial es particularmente frecuente en las personas que padecen trastornos de ansiedad, mientras que las dificultades para mantener el sueño, y sobre todo los despertares matinales precoces, son una de las quejas clásicas de las personas deprimidas. La naturaleza de los problemas de sueño puede variar de una persona a otra e incluso puede fluctuar con el tiempo según el trastorno subyacente. A fin de distinguir bien entre el insomnio primario y el insomnio secundario a un trastorno psicológico, procedamos a revisar brevemente los principales síntomas de la ansiedad y de la depresión.

Las personas que padecen un trastorno de ansiedad generalizada se preocupan de forma excesiva y crónica, ya no sólo por el sueño, sino también por circunstancias de la vida tales como la salud, la familia, el trabajo, o el dinero. Aunque no exista ninguna razón aparente que justifique estas inquietudes, las personas que padecen esta afección tienden a esperarse siempre lo peor ante una situación dada. La preocupación es incontrolable. La ansiedad generalizada también se caracteriza por síntomas tales como agitación, fatiga generalizada, dificultades de concentración, ten-

sión muscular y, en la mayoría de los casos, problemas de sueño. Las personas aquejadas de un trastorno obsesivo compulsivo se sienten invadidas por pensamientos obsesivos y por comportamientos ritualizados y repetitivos. Por ejemplo, una persona puede estar convencida de que corre el peligro de contaminarse ante cualquier contacto con el mundo exterior. Se pasará entonces varias horas al día lavándose y limpiando su entorno, con objeto de reducir o de neutralizar su angustia. Si bien las personas que padecen este trastorno reconocen que sus miedos no están justificados, los rituales permiten reducir la ansiedad subyacente.

Otras personas padecen un trastorno de pánico. Los ataques de pánico son episodios circunscritos de temor excesivo y ansiedad, que se producen espontáneamente en ausencia de ninguna amenaza real. Una persona puede, de repente y sin razón aparente, tener miedo de morirse, de desmayarse o simplemente de perder el control. Suele ser a raíz de haber observado ciertos cambios psicológicos –aceleración del ritmo cardíaco, opresión en el pecho, sudoración– cuando el sujeto interpreta la situación como peligrosa. Cuando sobreviene un ataque de pánico en un lugar público, el sujeto reaccionará generalmente huyendo de esta situación, y al final acabará evitando completamente cualquier situación similar. Los ataques de pánico sobrevienen habitualmente durante el día. Por otro lado, también pueden producirse durante la noche y a menudo suelen ser entonces más intensos. Es importante, sin embargo, distinguir bien los verdaderos ataques de pánico diurnos de los ataques de pánico o de ansiedad nocturnos derivados del insomnio y del temor a no ser capaces de funcionar al día siguiente.

Las personas que padecen un trastorno por estrés postraumático generado por un trauma psicológico de primera magnitud,

con frecuencia revivirán el acontecimiento traumático bajo la forma de *flashbacks* recurrentes acompañados de una alteración psicológica intensa, aprensión y problemas de sueño tales como insomnio, pesadillas o terrores nocturnos. Este trastorno es particularmente frecuente entre el personal militar, las víctimas de una agresión física o de una violación, y las personas expuestas a los desastres naturales. Los sondeos efectuados entre los habitantes de la región de San Francisco después del temblor de tierra de 1989 revelan un aumento de la prevalencia de pesadillas y de sueños desagradables. Del mismo modo, se han observado porcentajes elevados de problemas de sueño y de pesadillas acompañados de un aumento del miedo, la aprensión y el estrés, entre los habitantes de Israel durante y después de la guerra del Golfo de 1991. Muchos soldados volvieron de la guerra de Iraq o de Afganistán presentando igualmente síntomas de estrés postraumático, con las dificultades para dormir y las pesadillas figurando entre los más agobiantes.

El insomnio también puede ser el signo de una depresión subyacente. Existen diferentes formas de depresión que varían en intensidad y en duración. Los síntomas típicos de la depresión incluyen tristeza, pérdida de interés por la gente, incapacidad de disfrutar de las actividades que antes eran agradables, fatiga y disminución de la energía, autoestima baja y sensación de no valer nada, pensamientos suicidas, disminución del apetito, y problemas de sueño. Los episodios de depresión mayor suelen durar habitualmente unas semanas o unos meses. A veces, los síntomas depresivos son menos intensos, pero de naturaleza más crónica, afección ésta llamada distimia. En un caso como en otro, los problemas de sueño son casi siempre omnipresentes. Éstos se pueden manifestar bajo la forma de dificultades para dormirse o

para permanecer dormido, o incluso estos dos tipos de problemas al mismo tiempo. De forma característica, la persona que sufre depresión mayor se despierta precozmente de mañana, se dedica a darle vueltas a pensamientos depresivos, y no puede volver a dormirse. El insomnio también puede formar parte de una psicosis maníaco-depresiva, llamada también trastorno bipolar. Se trata de una enfermedad en la que los episodios de depresión mayor alternan con períodos maníacos o hipomaníacos. Durante estos períodos, el nivel de energía y de actividad de la persona es extremadamente elevado y tiene ideas de grandeza. Se observa una disminución marcada de la necesidad de dormir, sin que no obstante la persona se queje de insomnio. En tales casos, la persona puede dormir de manera excesiva durante el episodio depresivo y dormir muy poco durante el episodio maníaco.

Si pensamos que tenemos alguno de estos problemas de ansiedad o de depresión, debemos consultar a un profesional de la salud mental. Habitualmente, pero no siempre, el sueño suele mejorar cuando el trastorno de ansiedad o del estado de ánimo es tratado con la ayuda de una psicoterapia, de medicación o bien de una combinación de ambas. Cuando la ansiedad o la depresión son lo bastante graves, el tratamiento debería primeramente abordar estas afecciones subyacentes al insomnio. En otros casos, será necesario tratar los dos problemas simultáneamente, el insomnio y el trastorno psicológico. Es muy posible también que tengamos algunos de los síntomas descritos anteriormente, pero con menos intensidad. Para las personas que padecen un trastorno del sueño y para los profesionales que los tratan, aparece un dilema cuando se trata de determinar cuál de los dos problemas, el psicológico o el del sueño, apareció en primer lugar –el famoso dilema del huevo o la gallina. Si bien existe una relación muy estrecha entre el

sueño y las dificultades emocionales, no siempre es fácil determinar cuál de ellos es la causa y cuál la consecuencia. Está claro, si embargo, que el sueño perturbado de forma crónica genera una alteración psicológica en algunas personas; y en aquellas que ya están aquejadas de problemas emocionales, el insomnio puede perfectamente agravar estas dificultades. Lo esencial a tener en mente es que si tenemos algún problema psicológico o algún trastorno del sueño que está perjudicando nuestro funcionamiento y reduciendo nuestra calidad de vida, hay que hablar de ello con un profesional –un psicólogo, un psiquiatra, un médico de familia. No tenemos por qué padecer.

Las causas médicas

Diversas enfermedades físicas pueden perturbar el sueño debido a los síntomas subyacentes (dolor), los tratamientos utilizados para aliviar los síntomas o la alteración emocional generada por la enfermedad.

Casi todas las afecciones que generan dolor o malestar físico pueden alterar el sueño. Más de la mitad de las personas que sufren dolores crónicos asociados a artritis, osteoporosis o problemas de espalda afirman que el dolor les interfiere en el sueño. Para muchas de estas personas, el dolor crónico es sinónimo de problemas de sueño crónicos. Además, después de pasar una mala noche, el dolor suele percibirse de forma más intensa y más desagradable. No es de extrañar, pues, que el insomnio sea, para muchas de estas personas, la consecuencia más perjudicial del dolor crónico.

La insuficiencia cardiaca y las enfermedades obstructivas pulmonares crónicas (por ejemplo, un enfisema), alteran el sueño casi

inevitablemente debido al descenso del flujo sanguíneo, la dificultad para respirar y la disminución de oxígeno. La ansiedad y el miedo a morirse, que acompañan a veces a las enfermedades cardiovasculares y pulmonares, también pueden agravar los problemas de sueño. Ciertas afecciones endocrinas tales como el hipertiroidismo –una glándula tiroides demasiado productiva– pueden generar insomnio. La instauración del tratamiento apropiado para corregir esta afección suele eliminar las dificultades para dormir. Los trastornos gastrointestinales tales como el reflujo gastroesofágico, pueden ocasionar dificultades para dormirse o generar despertares nocturnos como consecuencia de la regurgitación ácida o de los ardores de estómago. Modificar la dieta, elevar la cabecera de la cama y utilizar una medicación para combatir la acidez pueden contribuir a aliviar estos síntomas. La diabetes y la insuficiencia renal también pueden causar problemas de sueño debido a la disminución de la circulación sanguínea en las extremidades. Las impaciencias musculares en las piernas o los movimientos periódicos de las piernas durante el sueño, dos problemas muy comunes en los pacientes diabéticos y en los pacientes en diálisis, pueden generar dificultades serias para dormir. Estas dos afecciones se describen en el capítulo 12.

Para algunas mujeres que padecen el síndrome premenstrual, la calidad y la duración del sueño pueden fluctuar con el ciclo menstrual. El sueño es de menos buena calidad y de más corta duración en los días precedentes al comienzo de las menstruaciones. Mejora poco tiempo más tarde y se mantiene normal durante el resto del ciclo menstrual. Algunas mujeres pueden sufrir hipersomnia en lugar de insomnio. Se sienten excesivamente somnolientas durante el día. Las mujeres que sufren síntomas premenstruales tales como irritabilidad, depresión y/o estado de ánimo

ansioso son particularmente vulnerables a tener dificultades recurrentes para dormir.

La menopausia puede igualmente afectar al sueño. Los cambios hormonales que se producen durante este período de la vida suelen ser factores que precipitan la aparición de dificultades para dormir. Las oleadas de calor [sofocos] constituyen la causa más frecuente de los despertares nocturnos en las mujeres menopáusicas. El aumento de la temperatura corporal y la molestia asociada a los sudores contribuyen a los despertares nocturnos. La terapia hormonal puede ser muy útil para corregir este problema, pero también sucede que los suplementos hormonales eliminan los sofocos sin resolver no obstante los problemas de sueño. Las preocupaciones relativas a la menopausia o también la aprensión de no poder dormir suelen aparecen implicadas en el mantenimiento de estas molestias. No es raro en la práctica clínica que las mujeres asocien su primer episodio de insomnio con la menopausia, pero aunque los otros síntomas de la menopausia hayan sido controlados con la ayuda de un suplemento hormonal, el insomnio lleva persistiendo durante meses o incluso años.

Las alergias, al igual que todas las infecciones que afectan a la respiración, pueden alterar el sueño incluso en las personas que duermen bien, o empeorar el insomnio en las personas que ya lo sufren. Los problemas de sueño de esta naturaleza son especialmente frecuentes durante la primavera, cuando abunda el polen. Los problemas de los senos paranasales y de respiración generados por las alergias suelen ser habitualmente transitorios, y se tratan con la ayuda de antihistamínicos.

Como el centro que controla el sueño y la vigilia está situado en el cerebro, cualquier enfermedad neurológica o cualquier

traumatismo cerebral corre el riesgo de alterar el ciclo normal sueño-vigilia. Estos problemas pueden, según la gravedad de la afección y el hemisferio cerebral específico afectado, generar insomnio por la noche y somnolencia excesiva durante el día. Los pacientes aquejados de la enfermedad de Alzheimer, una enfermedad degenerativa del cerebro, tienen un sueño muy alterado que se caracteriza por períodos cortos de sueño que aparecen a cualquier hora del día, junto con períodos prolongados de vigilia que interfieren en el sueño nocturno. Estas dificultades suelen verse agravadas cuando se acompañan de confusión y deambulación nocturna del paciente, imponiendo de este modo una pesada carga a las personas que cuidan de ellos. Cuando son muy graves, estas dificultades pueden acelerar el ingreso de la persona aquejada de Alzheimer en un centro de cuidados de larga duración.

Medicamentos, alcohol y otras sustancias

No es infrecuente que una medicación sea eficaz para tratar un problema en particular, pero produzca otro tipo de problema como efecto secundario. Varios medicamentos recetados para tratar afecciones médicas o psiquiátricas pueden causar insomnio, sobre todo los que se toman a la hora de acostarse. Ciertos betabloqueadores utilizados para la hipertensión pueden generar este tipo de efecto. Por ejemplo, el propanolol (Inderal) y la clonidina suelen estar asociados al insomnio y a las pesadillas. Los diuréticos pueden inducir una necesidad de orinar con frecuencia durante la noche y de este modo interferir en el sueño. Ciertos broncodilatadores utilizados para el tratamiento del asma (por ejemplo, el theodur) tienen un efecto estimulante y retrasan el

momento de dormirse cuando se toman a la hora de acostarse. La mayoría de los medicamentos que contienen esteroides (por ejemplo, la prednisona) y que se prescriben para determinados tipos de dolores inflamatorios pueden alterar el sueño. Los medicamentos para la tiroides pueden provocar insomnio, sobre todo cuando la dosis no es exactamente la adecuada; una dosis demasiado elevada para un problema de hipotiroidismo puede ocasionar hipertiroidismo e insomnio.

Ciertos antidepresivos tienen propiedades sedantes y a veces se recetan en pequeñas dosis para combatir el insomnio. Sin embargo, otros antidepresivos tienen un efecto más energizante y pueden alterar el sueño cuando se toman a la hora de acostarse. Entre éstos figuran algunos medicamentos muy populares como la fluoxetina (Prozac) y otros antidepresivos más antiguos como la imipramina (Tofranil) y la protriptilina (Vivactil). Los medicamentos más frecuentemente utilizados para controlar la ansiedad durante el día y para inducir el sueño por la noche forman parte de la familia de las benzodiacepinas. Si bien los somníferos pueden ser útiles a corto plazo, la utilización diaria prolongada puede acabar por formar parte integrante del problema. El sueño inducido por un somnífero no es de la misma calidad que el sueño natural. La mayoría de las pastillas para dormir prolongan la duración total del sueño, pero disminuyen la cantidad de sueño profundo y por tanto la calidad del sueño. También, la utilización regular de somníferos conduce finalmente a la tolerancia y a la dependencia. Este tipo de insomnio, generado por la dependencia de los somníferos, se conoce también como insomnio iatrógeno, una enfermedad provocada por su propio tratamiento. La supresión de los somníferos o de los ansiolíticos puede generar insomnio de rebote, esto es, unos problemas de sueño con frecuencia más severos

que los que llevaron a tomar medicación. Volveremos sobre este problema y veremos cómo resolverlo en el capítulo 11.

Toda una variedad de medicamentos disponibles sin receta pueden provocar insomnio. Por ejemplo, la mayoría de las sustancias que suprimen el apetito contienen un estimulante incompatible con el sueño. Los medicamentos contra la gripe o contra las alergias contienen un antihistamínico y producen somnolencia en la mayoría de las personas. No obstante, algunas personas tienen una reacción paradójica y se ponen sobreexcitadas, lo que les impide conciliar el sueño. El insomnio es, por tanto, un efecto secundario de muchos medicamentos. Sin embargo, no necesariamente todo el mundo lo sufrirá. Siempre es deseable hablar con nuestro médico o nuestro farmacéutico de los posibles efectos secundarios de cualquier medicación, sobre todo si somos vulnerables a padecer insomnio. Habitualmente suele ser posible cambiar un medicamento por otro de la misma clase, o bien modificar el horario de administración a fin de minimizar la interferencia con el sueño.

Las sustancias tales como la cafeína o la nicotina son estimulantes del sistema nervioso central que alteran el sueño incluso en las personas que se piensan que no les hace ningún efecto. Los estudios realizados en el laboratorio demuestran que las personas que toman cafeína poco antes de acostarse tardan más tiempo en dormirse, y que su sueño es más ligero y fragmentado. Resultados similares se obtienen con los fumadores. Contrariamente a la cafeína y a la nicotina, el alcohol es un depresor del sistema nervioso central; cabría esperar, pues, que pudiera mejorar el sueño. Una bebida alcohólica tomada a la hora de acostarse puede ciertamente facilitar el adormecimiento en una persona que está tensa; ello genera también un sueño más profundo en el transcur-

so de la primera mitad de la noche. Por otro lado, un inconveniente importante es que el sueño se altera más a medida que el alcohol se metaboliza durante la segunda mitad de la noche. Los despertares precoces por la mañana acompañados de la incapacidad de volver a dormirse son también bastante frecuentes. Además de sus efectos nefastos sobre la salud en general, el abuso del alcohol deteriora considerablemente la calidad del sueño. La persona alcohólica no es consciente habitualmente de los problemas de sueño durante los períodos de consumo excesivo, pero se vuelve plenamente consciente de ellos durante el período de abstinencia. A menudo, las dificultades residuales para dormir persisten durante semanas e incluso meses después de que la persona esté sobria. Estas dificultades pueden hacerse tan intolerables que pueden precipitar una recaída y la vuelta a beber para inducir el sueño. El precio a pagar es que durante la siguiente abstinencia, el sueño estará tan alterado como antes de la recaída.

Factores ambientales

Numerosos factores ambientales pueden provocar insomnio: el ruido, la luz, una temperatura excesiva, un colchón incómodo o los movimientos de la pareja. Casi todo el mundo ha vivido la experiencia de pasar la noche en vela por el ruido del tráfico, la música fuerte o el perro del vecino ladrando. Una pareja que ronca o que se mueve mucho es otra fuente de alteración del sueño. A veces, ello puede incluso ocasionar el traslado a otra habitación de la casa.

Un estudio interesante realizado por el psicólogo británico Jim Horne ha demostrado que las personas que comparten la cama sufren más interrupciones del sueño que los que duermen solos.

Aproximadamente la mitad de las veces que uno de los miembros de la pareja se mueve, genera un movimiento en el otro durante los segundos que le siguen. Estos movimientos afectan más al sueño de las parejas jóvenes que al de las personas que duermen juntas desde hace muchos años. Si bien la mayoría de los participantes del estudio piensan que duermen mejor con su pareja a su lado porque se sienten más seguros, lo cierto es que duermen más tiempo y con menos interrupciones cuando están solos. Las parejas que comparten la misma cama desde hace años se acostumbran a los movimientos del otro. Las parejas más recientes, por su parte, parecen necesitar un cierto período de adaptación para ajustarse a los movimientos del otro y, posiblemente, a los ronquidos. Dormir en una cama grande puede suponer una diferencia enorme.

A menos que tengamos unas cortinas muy opacas, la luz del día puede ser molesta para el trabajador de noche que trata de dormir durante el día. Una temperatura ambiente demasiado cálida o demasiado fría interfiere también en el sueño. El insomnio en los pacientes hospitalizados es tal vez el ejemplo más corriente de insomnio inducido por el entorno. El ruido, la luz y las interrupciones debidas a los diferentes procedimientos médicos pueden perjudicar el sueño incluso en las personas que habitualmente no tienen ningún problema para dormirse. Las personas mayores tienen un sueño más ligero y pueden ser más vulnerables a las causas ambientales del insomnio.

Otros trastornos del sueño y trastornos circadianos

El insomnio es a veces el síntoma más evidente de otro trastorno del sueño –apnea del sueño, impaciencias musculares y movimientos periódicos de las piernas durante el sueño, desfase

horario, turnos rotativos, parasomnias. Encontraremos más información sobre estos trastornos y sus principales síntomas en los capítulos 10 y 12.

¿De qué forma las dificultades ocasionales para dormir se convierten en insomnio crónico?

Hasta ahora, hemos visto que existen factores de riesgo que hacen que determinadas personas sean más vulnerables al insomnio. Asimismo, existen varias causas que pueden desencadenar las dificultades para dormir –psicológicas, médicas, farmacológicas, ambientales y demás. Si bien ciertas personas son más vulnerables, prácticamente todo el mundo tiene dificultades para dormir ante la aparición de condiciones estresantes. Afortunadamente, este insomnio suele ser generalmente situacional y limitado en el tiempo. El sueño vuelve habitualmente a ser normal cuando desaparece el factor desencadenante, o la persona se adapta a su presencia más permanente. No obstante, en el caso de un buen número de personas los problemas de sueño persisten incluso después de la desaparición del factor que los había desencadenado inicialmente. El insomnio sigue así su propio curso y se vuelve independiente de aquello que lo provocó primeramente. Es aquí donde los factores psicológicos o conductuales desempeñan un papel de primera magnitud en el desarrollo del insomnio crónico. Como ilustra la figura 3.1, aunque los factores que precipitaron inicialmente los problemas de sueño pueden disminuir su importancia, otros factores toman el relevo y perpetúan el insomnio.

El término "factores perpetuantes" designa específicamente las conductas (los hábitos de sueño) y las maneras de pensar

(creencias y actitudes respecto del sueño). Durante la fase inicial de las dificultades, las personas más vulnerables al insomnio pueden desarrollar unas reacciones condicionadas que son incompatibles con el sueño. Por ejemplo, después de pasar varias noches de insomnio, una persona puede acabar asociando ciertos estímulos o indicadores temporales (rutina antes de acostarse) y contextuales (el entorno del dormitorio) con la aprensión, la inquietud y el temor a ser incapaz de dormir. Mientras que antes las actividades tales como ponerse el pijama, lavarse los dientes y meterse en la cama se asociaban a la somnolencia, estos mismos rituales están ahora asociados al insomnio. A largo plazo, estas asociaciones negativas generan tensión muscular, preocupación

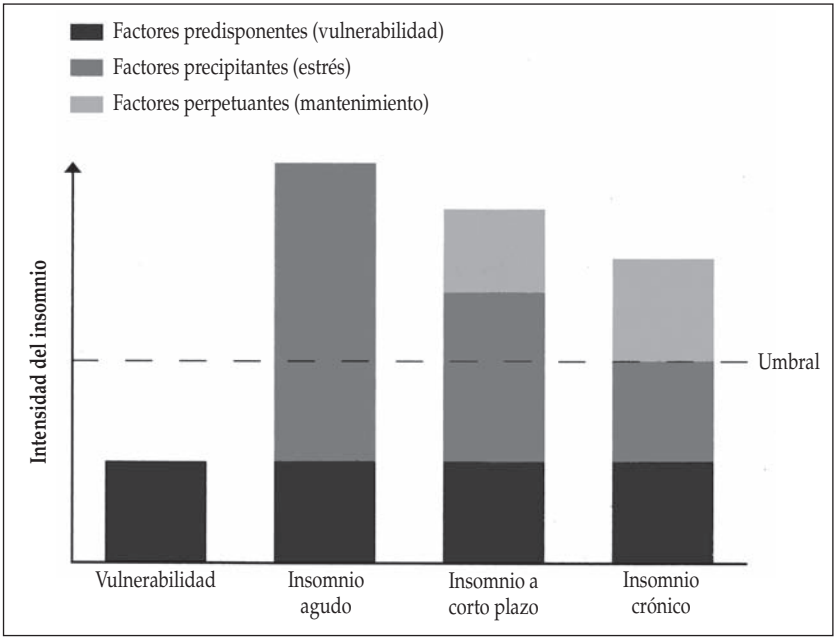


Figura 3.1: Ilustración de la evolución temporal del insomnio crónico.
Fuente: Reproducido con permiso del autor (A. Spielman)

y todavía más dificultades para dormir. La persona se puede preocupar excesivamente por su incapacidad para dormir ("¿Estaré perdiendo el control?") y por las posibles consecuencias del insomnio ("¿Cómo voy a ser capaz de funcionar?"). Algunas personas desarrollan entonces unos malos hábitos de sueño (por ejemplo: tiempo excesivo pasado en la cama, horario irregular de sueño, siestas durante el día) que, si bien a corto plazo son útiles, a largo plazo acaban formando parte integrante del problema. El resultado de esta reacción en cadena es un círculo vicioso entre el insomnio, el miedo a no dormir, el agravamiento de las dificultades para dormir y la alteración emocional.

El círculo vicioso de la ansiedad de ejecución y el insomnio

La ansiedad de ejecución es una de las causas más importantes de insomnio. Este tipo de ansiedad sobreviene cuando el deseo demasiado fuerte de controlar o de conseguir algo genera un efecto paradójico y disminuye el rendimiento. Por ejemplo, cuando tratamos de controlar el sueño, tal vez por temor a las posibles secuelas que podamos tener al día siguiente, no hacemos sino añadir más presión y, por ello mismo, permanecemos despiertos más tiempo (véase la figura 3.2). Tratar de obligarnos a dormir es así el peor error que podemos cometer. No podemos sencillamente forzar el sueño ni inducirlo por obligación. Lo más que podemos hacer es controlar las circunstancias que preceden al momento de acostarse y crear una situación que favorezca el adormecimiento rápido.

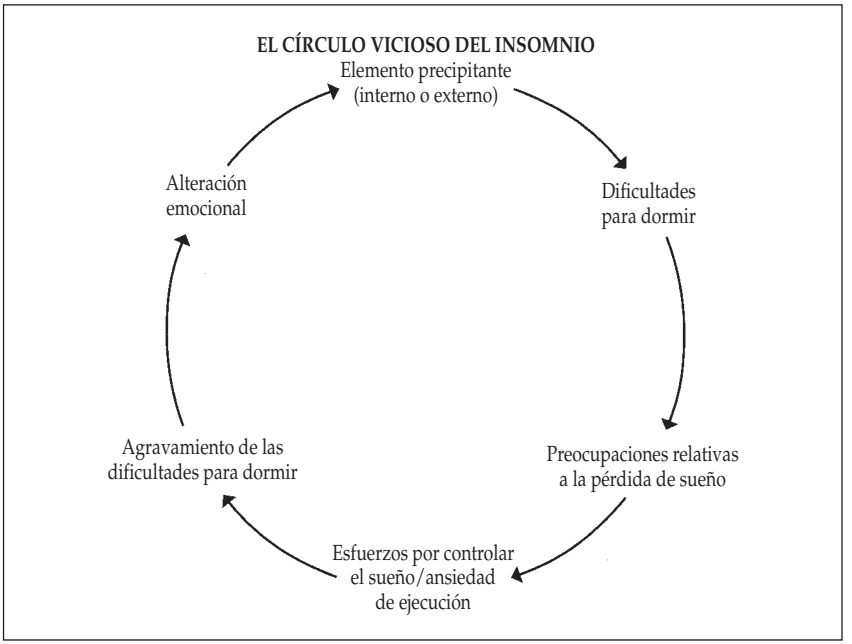


Figura 3.2: El círculo vicioso de la ansiedad de ejecución y el insomnio.

Este tipo de ansiedad de ejecución se da también entre los deportistas, los músicos, o incluso en las parejas que tienen problemas sexuales. Los hombres no pueden tener una erección por obligación, del mismo modo que las mujeres no pueden tener un orgasmo por encargo. Tratar con demasiada fuerza de controlar la excitación y el orgasmo conduce casi inevitablemente al fracaso, generando toda una serie de disfunciones sexuales provocadas estrictamente por la ansiedad de ejecución. Lo único que podemos hacer verdaderamente para facilitar el orgasmo en esta situación es cambiar nuestra forma de pensar, nuestras actitudes y nuestras conductas. Del mismo modo, para romper el círculo vicioso del insomnio, tendremos que cambiar nuestra forma de pensar (creencias y actitudes) y ciertos estilos de funcionamiento (hábitos).

Como hemos podido ver en este capítulo, el insomnio puede ser un síntoma de diversos trastornos subyacentes, o puede ser un problema en sí mismo. Para complicar todavía más las cosas, las múltiples causas del insomnio no se excluyen mutuamente. De hecho, pocas personas padecen un insomnio que se pueda atribuir a una única causa. Por esta razón, la evaluación detallada es esencial a fin de poder formular un diagnóstico exacto. En el próximo capítulo, hablaremos de los diferentes componentes de la evaluación en una clínica del sueño.

4

¿CÓMO FUNCIONA UNA CLÍNICA DEL SUEÑO?

El programa de autotratamiento que se describe en los capítulos que siguen se dirige principalmente a las personas que sufren de insomnio en su forma más común. Como vimos, sin embargo, el insomnio suele verse complicado por una serie de problemas médicos o psicológicos que pueden necesitar una atención profesional antes de proceder a aplicar este programa. Además, existen otros varios trastornos del sueño que sólo pueden ser diagnosticados y tratados por los especialistas del sueño. En este capítulo, describimos ciertos síntomas que deben ser referidos a estos especialistas, y algunas indicaciones que pueden requerir una evaluación en un centro especializado en problemas de sueño. Expondremos también cómo se evalúa el sueño y, de forma más general, en qué consiste una evaluación en una clínica del sueño.

Los procedimientos específicos de cada clínica del sueño pueden variar en función del motivo de consulta. Hay que decir que

la mayoría de las clínicas del sueño únicamente evalúan y tratan el problema de la apnea del sueño y otros trastornos asociados a la somnolencia excesiva durante el día. Es posible que ofrezca asimismo atención para otros trastornos del sueño, incluido insomnio, pesadillas y sonambulismo, pero esto suele ser más bien excepcional. Dado que el diagnóstico de insomnio se basa esencialmente en una evaluación clínica, no siempre es necesario obtener una evaluación del sueño con la ayuda de trazos polisomnográficos. Al margen del motivo de consulta, habitualmente tendremos que ser derivados por nuestro médico de familia. Después nos enviarán algunos cuestionarios e inventarios de síntomas, al igual que un registro diario del sueño a rellenar durante una o dos semanas antes de la fecha prevista de la cita. Durante la primera consulta, el especialista del sueño revisará esta información con nosotros a fin de identificar los principales síntomas y elaborar una historia detallada del problema. Además de la historia médica y de un examen físico, también se pueden pedir algunos tests. Si el supuesto problema es el insomnio, también se puede realizar una evaluación psicológica con objeto de determinar en qué medida la ansiedad, la depresión o cualquier otro factor psicológico pueden estar contribuyendo a las dificultades para dormir. Si se trata más bien de un problema de apnea del sueño, se puede hacer una prueba de detección en casa a través de un pequeño aparato portátil (un oxímetro de pulso) que permite evaluar las fluctuaciones del oxígeno en la sangre durante el sueño. Ello ayudará a establecer un diagnóstico preliminar y a determinar si es necesaria una evaluación completa del sueño en el laboratorio.

Los centros para el estudio de los trastornos del sueño tienen algunos dormitorios privados para realizar una investigación del

sueño durante una noche entera. Se concede una atención especial al arreglo de estas habitaciones, para que sean lo más tranquilas posible y se parezcan a unas habitaciones de hotel, más que a unas habitaciones de hospital. En la medida de lo posible, es importante que el entorno sea similar al del propio hogar. Este aspecto es particularmente importante para los insomnes, pero menos para las personas que padecen apnea, porque éstas tienen tendencia a dormirse prácticamente en cualquier lugar. En nuestro centro, alentamos también al paciente a que se traiga su propia almohada, puesto que se trata de un objeto muy personal. Al margen de este aspecto, sólo hace falta que nos llevemos el pijama, un poco de lectura si queremos, y la medicación que tomemos en casa para la hipertensión, la artritis o cualquier otra enfermedad. Si tomamos pastillas para dormir, tenemos que hablar con nuestro médico de los procedimientos a seguir respecto de su utilización durante la evaluación en la clínica. Unos preferirán que dejemos gradualmente la medicación una o dos semanas antes de la evaluación. Ahora bien, si sentimos que dependemos de las pastillas para dormir y nos asusta la idea de no pegar ojo durante la prueba, es preferible que no dejemos de tomarlas de golpe. En tales circunstancias, sigamos tomando las pastillas como de costumbre durante la prueba en el laboratorio; más adelante, podremos acordar un plan de deshabituación con nuestro medico a fin de dejar gradualmente la medicación.

La noche de la evaluación en el laboratorio, nos pedirán que vayamos a la clínica unas horas antes de nuestra hora habitual de acostarnos. El técnico necesitará aproximadamente una hora para prepararnos, a nosotros y a los demás pacientes, para pasar la noche en el laboratorio. Una vez finalizada la colocación de los electrodos, nos permitirán relajarnos un rato, leer o ver la televi-

sión. También a este respecto, los procedimiento de cada clínica varían, pero habitualmente la evaluación del sueño se considera un servicio de consulta externa y no se incluye la medicación, las comidas, ni los artículos de aseo. Por tanto, asegurémonos de verificar previamente estos aspectos con el coordinador de nuestra clínica del sueño. Después de calibrar los aparatos y apagar las luces, el técnico observa el registro de nuestro sueño desde una sala de control adyacente. Además de un sistema de interfono que posibilita la comunicación entre el paciente y el técnico, un circuito cerrado de televisión permite también observar cualquier conducta inhabitual durante el sueño, sobre todo para la evaluación de los problemas relacionados con el sonambulismo y los terrores nocturnos.

¿Cómo se mide el sueño?

El sueño se mide con la ayuda de tres tipos de señales eléctricas: el electroencefalograma (EEG) registra la actividad de las ondas del cerebro, el electrooculograma (EOG) mide los movimientos de los ojos, y el electromiograma (EMG) registra el tono muscular. Las señales son captadas con la ayuda de pequeños electrodos (receptores) pegados al cuero cabelludo (EEG) o a la piel (EMG, EOG). Las señales son amplificadas, filtradas y transmitidas simultáneamente para ser registradas en banda magnética, DVD, o más raramente sobre papel. Estas señales se registran constantemente durante toda la noche y pueden ser visualizadas en tiempo real por el técnico en una pantalla de alta resolución desde la sala de control. Estas tres señales (trasmitidas por unos siete u ocho electrodos) son suficientes para identificar las diferentes fases del sueño durante toda la noche. Se pueden utilizar

electrodos y sensores adicionales para registrar la respiración, el electrocardiograma y los movimientos de las piernas. Estos últimos signos son importantes cuando se sospecha la presencia de otros trastornos del sueño diferentes del insomnio, tales como la apnea del sueño o los movimientos periódicos de las piernas.

Este registro en el laboratorio no es tan complicado como parece. A excepción de algunas irritaciones leves de la piel derivadas de la implantación y de la retirada de los electrodos, el registro del sueño no es un procedimiento doloroso. Las señales son enviadas desde nuestro cerebro y nuestro cuerpo al polígrafo, y no a la inversa, de manera que no hay razón para temer que puedan aplicarnos ningún choque eléctrico por error. Una pregunta frecuente que nos plantean es la de cómo se puede dormir con todos estos cables y en estas condiciones tan extrañas. Dormir en el laboratorio no es evidentemente lo mismo que dormir en nuestra casa, en nuestra propia cama y sin hacer ninguna medición. Sin embargo, podemos cuanto menos movernos libremente, y si necesitamos ir al baño durante la noche, la prueba se puede interrumpir sin dificultad momentáneamente. Naturalmente, dado que estamos en un entorno diferente, puede que tardemos más en dormirnos. Pero sorprendentemente, algunos insomnes se duermen más rápidamente dado que los estímulos que les mantienen despiertos en casa no están presentes en el laboratorio del sueño. Otros, que tienen tendencia a estar ansiosos o temerosos en casa, pueden dejarse llevar más fácilmente. Como la somnolencia excesiva es el síntoma principal de los pacientes que padecen apnea del sueño, estas personas no suelen tener habitualmente ninguna dificultad en dormirse en un laboratorio del sueño.

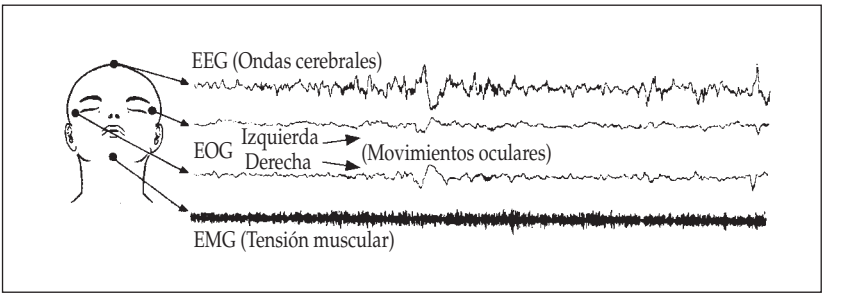


Figura 4.1: El sueño es medido con la ayuda de tres señales fisiológicas: el EEG registra la actividad de las ondas cerebrales, el EOG mide los movimientos de los ojos, y el EMG registra la tensión muscular.

El registro de los trazos de nuestro sueño, lo que llamamos polisomnografía, dura alrededor de unas ocho horas. En la medida de lo posible, la mayoría de los laboratorios tratarán de respetar nuestro horario habitual de acostarnos y de levantarnos, al igual que la duración habitual de nuestro sueño en casa. Después de despertarnos a la hora deseada, el técnico sólo necesitará unos pocos minutos para retirar los electrodos; a continuación podemos darnos una ducha y volver a casa o bien ir directamente al trabajo. Mientras que los técnicos de noche se marchan a dormir, llegan otros técnicos para codificar los trazos de nuestra noche de sueño.

Antes, se registraban los trazos del sueño sobre el papel y el registro de una noche de 8 horas generaba alrededor de unas 1000 páginas o de 350 a 450 metros de papel. Con la moderna tecnología, ahora es posible realizar el mismo tipo de evaluación sin papel, y registrar toda la información en el ordenador, bandas magnéticas, DVD, etc. Asimismo es posible realizar registros ambulatorios, es decir, desde la casa del paciente. Las señales se registran en cassette o se transmiten directamente al laboratorio a

través de las líneas telefónicas. El técnico de día codifica todos los datos, procediendo por bloques de 30 segundos de registro, según los criterios estandarizados. Una vez que finaliza esta tarea, se prepara un informe resumido haciendo un balance del tiempo transcurrido en las diferentes fases del sueño y señalando cualquier anomalía en la respiración y en los movimientos de las piernas. Los resultados de la prueba son analizados por un especialista, que los revisa después con nosotros o bien envía los resultados a nuestro médico de familia. A continuación se nos proponen diferentes opciones de tratamiento de acuerdo con los resultados de la evaluación.

¿Estaría indicada en nuestro caso una evalución del sueño en situación de laboratorio?

Por definición, el sueño nos impide ser conscientes de diversas anomalías que pueden acontecer durante este estado alterado de conciencia. En consecuencia, la polisomnografía es esencial para diagnosticar ciertos trastornos del sueño que pueden escapársenos completamente. Veremos brevemente aquí algunos de los síntomas más comunes que sugieren la presencia de un trastorno del sueño (véase el capítulo 12 para más información sobre estos trastornos), a propósito del cual deberemos consultar a un centro especializado en el estudio de los trastornos del sueño.

Si nuestro problema es principalmente la hipersomnia (somnolencia durante el día) más que el insomnio, debemos sin lugar a dudas consultar a una clínica del sueño, puesto que este síntoma puede ser indicativo de diversos trastornos del sueño potencialmente peligrosos, como la apnea del sueño y la narcolepsia.

Si nuestra pareja se queja de que roncamos muy fuerte, ha observado la presencia de pausas respiratorias mientras dormimos, y si nos despertamos por la mañana con dolores de cabeza, todos estos síntomas pueden sugerir la presencia de un trastorno de apnea del sueño. La persona que padece apnea del sueño puede dejar de respirar hasta 200 o 300 veces durante el transcurso de una sola noche, siendo completamente inconsciente de estas anomalías. La consecuencia más directa de la apnea del sueño es una fragmentación crónica del sueño, que conduce a tener serias dificultades para mantenerse despierto durante el día.

Si nos despertamos por la noche con calambres en las pantorrillas o nuestra pareja ha observado la presencia de sacudidas en nuestras piernas mientras dormimos, tal vez padezcamos un problema llamado movimientos periódicos de las piernas. La presencia de estas contracciones musculares puede generar diversos períodos de microdespertares nocturnos sin que nos demos cuenta de ello ni podamos recordarlo al día siguiente. Este problema, también llamado mioclonía nocturna, puede provocar despertares nocturnos o disminuir la capacidad de mantenernos despiertos durante el día. A menudo se acompaña de impaciencias musculares en las piernas al anochecer, también llamadas "síndrome de las piernas inquietas". Esta afección se manifiesta bajo la forma de malestar en las pantorrillas, una necesidad irresistible de mover o de estirar las piernas, y dificultades para dormirse.

La evaluación del sueño en el laboratorio ofrece igualmente una fuente de información muy valiosa para las personas que padecen insomnio. Dicha evaluación permite objetivar la queja subjetiva del paciente y determinar la severidad del insomnio,

descartando la posibilidad de otros trastornos del sueño. También permite hacer una evaluación un poco más cualitativa y determinar la proporción de tiempo transcurrido en las diferentes fases del sueño. Aunque una evaluación de tales características no sea siempre esencial para iniciar un tratamiento del insomnio, si después de haber seguido con asiduidad el programa que se describe en este libro, continuamos teniendo dificultades para dormir, es posible que padezcamos algún otro trastorno del sueño que podrá detectarse únicamente durante una noche de evaluación en el laboratorio.

Existen varios otros trastornos, tales como las pesadillas recurrentes y los terrores nocturnos, que no precisan absolutamente una evaluación en el laboratorio. Estos trastornos deben cuanto menos ser comunicados a un especialista en trastornos del sueño. Si nosotros, o algún miembro de nuestra familia, sospechamos la presencia de un trastorno del sueño, sea cual fuere, debemos hablar de ello con nuestro médico de familia o bien llamar directamente a un centro especializado en trastornos del sueño para que nos hagan una evaluación en profundidad.

Cómo localizar una clínica del sueño

La medicina de los trastornos del sueño es una disciplina relativamente nueva. Los laboratorios de investigación del sueño existen desde hace varios años, pero sólo recientemente se han puesto en marcha clínicas especializadas con objeto de responder a las necesidades de las personas que sufren trastornos relacionados con los estados de vigilia y de sueño. Mientras que, hace 20 o 25 años, sólo los grandes hospitales universitarios contaban con centros para el estudio de los trastornos del sueño, hoy

en día prácticamente todos los hospitales (de Estados Unidos) tienen una clínica de estas características. Existen actualmente más de 600 clínicas del sueño en Estados Unidos, pero menos de cuarenta en Canadá, la mayoría en Ontario. A pesar de los adelantos punteros que existen en Québec en relación con el sueño y los trastornos del sueño, es de lamentar que haya tan pocas clínicas del sueño y recursos financieros para ofrecer más servicios clínicos a la población. Para más información sobre las clínicas del sueño o las asociaciones de pacientes existentes, podemos ponernos en contacto con alguno de los organismos que aparecen enumerados en el apéndice.

Si bien el insomnio es con mucho el problema de sueño más extendido, la mayoría de las clínicas del sueño se especializan en la evaluación y el tratamiento de trastornos asociados a la hipersomnia, tales como la apnea del sueño. La primera explicación de esta paradoja es económica. La mayoría de los sistemas de seguros públicos o privados cubren los gastos de las pruebas de laboratorio para los trastornos del sueño que sean sobre todo de naturaleza médica y que representen una amenaza potencial para la vida, tales como la apnea del sueño o la narcolepsia. Es más difícil que autoricen una prueba de evaluación en el laboratorio del sueño para el caso del insomnio, un trastorno que no mata a nadie, aunque afecte considerablemente a la calidad de vida.

Pocos profesionales de la salud poseen la pericia necesaria para tratar el insomnio, sobre todo con la ayuda de métodos no farmacológicos. Por tanto, si nuestro problema principal es el insomnio, comprobemos si existen profesionales dentro del personal de la clínica que estén especializados en el tratamiento de este problema. No obstante, antes de formular nuestro propio

diagnóstico, puede que sea indispensable que nos sometamos a una evaluación detallada de nuestro sueño. Los especialistas del sueño tienen una formación que les permite evaluar diversas afecciones. Si el insomnio es el diagnóstico principal y no existen los oportunos adelantos o conocimientos para tratarlo en nuestra zona, pidamos que nos deriven a otro lugar para su tratamiento.

5

EL MODELO DE GESTIÓN PERSONAL

En los capítulos que siguen, aprenderemos diferentes estrategias para combatir el insomnio y recuperar el control de nuestro sueño. Antes de entrar en los detalles de estos métodos, revisaremos en este capítulo la filosofía básica del modelo de gestión personal, y expondremos algunas reglas básicas para maximizar la eficacia de este programa de tratamiento. El capítulo actual presenta también una breve ojeada de cada componente del tratamiento y realiza un balance de la eficacia del programa.

La relación cuerpo-mente y el sueño

Nuestro estilo de vida desempeña un papel esencial en la duración y la calidad de vida. Los hábitos alimentarios, el consumo de alcohol y la actividad física son otros tantos estilos de vida que influyen en nuestra salud más allá de los factores hereditarios. Del mismo modo, nuestra manera de abordar una situación estresante, nuestro modo de pensar y ciertos rasgos de personali-

dad son otros de los factores que desempeñan un papel importante en la longevidad y la calidad de vida. Las investigaciones sobre la relación entre el cuerpo y la mente demuestran que el estrés, la ansiedad y la depresión pueden hacer que las personas sean más vulnerables a determinadas enfermedades e incluso retardar el proceso de curación. Por el contrario, las personas que dominan las habilidades de gestión personal más eficaces, las que buscan información y adoptan un enfoque de resolución de problemas, sanan más rápidamente o viven más tiempo.

El sueño es un buen ejemplo que demuestra la relación existente entre nuestro cuerpo y nuestra mente. La calidad de nuestro sueño está íntimamente relacionada con nuestro bienestar emocional y físico. Aunque existan varias causas posibles del insomnio, tanto médicas como psicológicas (véase el capítulo 3), con frecuencia suele ser nuestra interpretación de las dificultades iniciales la que determina si el problema va a ser transitorio o si se volverá crónico. La percepción de la propia eficacia personal, es decir, la creencia de poder ejercer un cierto control sobre un determinado problema y sus consecuencias, es uno de los aspectos más importantes de la resolución de problemas. Para el insomne, la creencia errónea de que el sueño se ve alterado por algo fuera de su control como, por ejemplo, un desequilibrio hormonal, conduce a una sensación de impotencia. Esta misma sensación contribuye a perpetuar las dificultades para dormir.

La adopción de un papel activo en el tratamiento constituye la piedra angular del modelo de gestión personal que preconizamos en este programa. Un objetivo esencial es abandonar la idea de que somos víctimas del insomnio; es preciso, antes bien, adoptar una visión de las cosas según la cual somos capaces de resolver el problema o, cuanto menos, de afrontarlo. Un mejor

conocimiento del insomnio y de sus causas nos ayudará a clarificar lo que podemos y no podemos cambiar. Así pues, desarrollaremos unas habilidades para modificar los comportamientos, las actitudes, las creencias y los hábitos de vida que interfieren con una buena noche de sueño.

Asumir el control de nuestro destino

Ante la sensación de impotencia, la persona que sufre de insomnio puede recurrir a los medicamentos para dormir a fin de remediar su problema. Sin embargo, a largo plazo la utilización de la medicación corre el riesgo a su vez de generar una sensación de dependencia. Otras personas se resisten a la tentación de tomar pastillas para dormir, temiendo los efectos secundarios o el carácter efímero de su efectividad. Independientemente de cuál sea su posición, las personas que sufren insomnio crónico se dicen a sí mismas cosas tales como: "Nadie puede solucionar mi insomnio" o "Lo he probado todo y nada parece ayudarme". De hecho, la sensación de ser diferente de los demás y de ser incapaz de controlar esta necesidad esencial de dormir, puede ser muy angustiosa y frustrante. Este programa ofrece una posible forma de romper este círculo vicioso de impotencia y desesperación.

¿En qué se diferencia este enfoque de los otros tipos de tratamiento del insomnio? Si ya hemos recibido tratamiento para el insomnio, es muy probable que nos hayan recetado algún somnífero o que hayamos tomado algún producto que no requiere receta médica con la esperanza de poder "curar" el problema. La medicación para dormir no es más que una solución temporal. A veces es la única solución posible, pero continúa siendo un hecho

que este tipo de tratamiento no se ocupa de las causas subyacentes del insomnio. La persona acaba por sentirse impotente frente al sueño, lo que conduce únicamente a agravar el problema.

El modelo de gestión personal se basa en el postulado de que cada persona es responsable de su propio destino. No debemos ni tenemos por qué ser ninguna víctima. Este enfoque está orientado a recuperar el control: nos enseña unas medidas concretas para vencer o afrontar el insomnio. El acento no recae en la "curación" del insomnio, puesto que una mala noche de sueño de cuando en cuando constituye la norma más que la excepción. Creer que jamás pasaremos una mala noche es tener una expectativa poco realista que contribuye a mantener el insomnio. El principal objetivo de este tratamiento consiste, pues, en enseñarnos unas estrategias a fin de minimizar las dificultades para dormir, y permitirnos afrontar mejor dichas dificultades, a las que todos nos vemos enfrentados en uno u otro momento de nuestra vida.

Algunos de los principios del modelo de gestión personal

1. Dedicación y esfuerzo

Esta terapia del sueño está muy estructurada y exige un esfuerzo y una disciplina. Aunque a primera vista los procedimientos parezcan relativamente simples, la observancia sostenida de la totalidad del programa es la clave del éxito. Para empezar, debemos prever que pasará un cierto tiempo antes de obtener unos resultados tangibles. El éxito de este programa necesita unas semanas –4, 6, 8, 10 semanas–, variando la duración del mismo según el individuo, la severidad del insomnio, la presen-

cia de otros problemas médicos o psicológicos, y la motivación. No nos esperemos una "curación total e inmediata". Además, es preferible ser escéptico respecto de las recetas milagrosas para atajar el insomnio. Nuestro insomnio lleva persistiendo probablemente desde hace un cierto tiempo y hará falta también un tiempo para recuperar el control de nuestro sueño. Una dedicación de unas pocas semanas es bien poco de hecho, sobre todo si llevamos padeciendo insomnio desde hace varios meses, o incluso años.

2. Apoyo

Es útil obtener también el apoyo de personas importantes en nuestra vida. Este tratamiento exige algunos cambios en nuestros hábitos de sueño y en nuestro estilo de vida. Estos cambios no nos afectarán únicamente a nosotros mismos, sino también a nuestra pareja o a otros miembros de nuestra familia. El ayudarles a comprender estos cambios reducirá cualquier posible resistencia por su parte y podrá ser de mucha utilidad para favorecer nuestra propia adhesión al tratamiento. Por ejemplo, a muchas parejas les gusta leer o ver la televisión en la cama antes de apagar la luz para dormir. La supresión de este hábito puede ser difícil al principio para nuestra pareja. No obstante, si le explicamos por qué es importante cambiar esta costumbre, nuestra pareja se mostrará probablemente más colaboradora. Nuestra pareja o algún otro miembro de la familia también pueden ser muy útiles para ayudarnos a seguir ciertos procedimientos. Por ejemplo, las personas que tienen dificultades en permanecer despiertas durante la velada mientras están instaladas en un cómodo sofá, se beneficiarán de que un miembro de la familia les dé un ligero golpe con el codo para recordarles que deben permane-

cer despiertos. Finalmente, necesitaremos el apoyo y el aliento de nuestras personas queridas si tomamos pastillas para dormir y uno de nuestros objetivos consiste en dejar este hábito.

3. Adoptar una actitud científica

El enfoque científico se basa en la observación y la experimentación. Para evaluar la eficacia de un tratamiento en particular, hay que apoyarse en unos resultados. Con el tratamiento que proponemos aquí, será importante que apliquemos los procedimientos fielmente antes de concluir que funcionan o no en nuestro caso. Los procedimientos de este programa de tratamiento han sido cuidadosamente evaluados a través de una serie de estudios clínicos. Démosles una oportunidad sincera. Después de pasado un cierto período de tiempo, procedamos a evaluar si nos funcionan o no. Seamos curiosos, exactamente igual que puede serlo un científico. Tratemos de comprender algunos de los factores que interfieren en nuestro sueño. Analicemos lo que hacemos, pensamos o sentimos cuando pasamos una mala noche, y en qué difiere ello de cuando pasamos una buena noche. Aprendamos unos buenos hábitos de sueño. Comprobemos los efectos que puede tener un estilo de pensamiento negativo sobre nuestro sueño. No dejemos que la inercia ni las creencias erróneas perjudiquen nuestro sueño. En resumen, es preciso que reaprendamos a dormir como lo hacíamos antes.

4. Establecer unos objetivos realistas

¿Qué aspectos de nuestro sueño queremos mejorar? ¿Queremos dormirnos más rápido, despertarnos con menos frecuencia o durante un período más breve por la noche, o dormir más

tiempo seguido? O bien, ¿nos preocupa más que nos despertamos demasiado temprano de mañana, o la falta de energía durante el día? ¿Queremos dejar de tomar pastillas para dormir? Una buena noche de sueño puede querer decir diferentes cosas para diferentes personas. El establecimiento de unos objetivos nos ayudará a definir más claramente cuál es nuestro problema actual y qué cambios queremos introducir.

Antes de establecer unos objetivos de tratamiento, debemos evaluar la severidad de nuestro insomnio actual. Es por ello que debemos hacer el cuestionario del "Índice de gravedad del insomnio" que aparece en el capítulo 2, y llevar diariamente una agenda del sueño durante por lo menos una semana, preferiblemente dos, antes de comenzar el tratamiento. Después de ello, podremos proceder a rellenar la hoja de objetivos (tabla 5.1). Utilizando los datos de nuestras dos semanas de registros del sueño, rellenaremos los contenidos de la sección "Mi sueño actual". Después, determinaremos cuál es nuestro "Sueño deseado", el que queremos lograr al finalizar el tratamiento. Seamos realistas cuando nos fijemos unos objetivos El establecimiento de unos objetivos poco realistas, tales como pretender dormirse "en el mismo instante en que apague la luz" o "dormir ocho horas sin interrupción todas las noches", puede conducir a la frustración y a la decepción cuando nos demos cuenta de que estos objetivos son inalcanzables. Asegurémonos también de que los objetivos que nos fijamos sean los nuestros, y no los de otra persona. Finalmente, recordemos que este programa no aspira necesariamente a una "curación total" del insomnio, sino más bien a la mejora de nuestro sueño y al desarrollo de mejores habilidades para manejar las dificultades ocasionales en un futuro.

Tabla 5.1
Objetivos del tratamiento

Mi sueño actual (antes del tratamiento)	
Sobre la base de una noche de sueño habitual (es decir, durante las dos últimas semanas), ¿cuánto tarda en dormirse después de apagar la luz?	_____ minutos
¿Cuántas veces se despierta durante la noche?	_____ veces
Habitualmente, ¿cuánto tiempo permanece despierto durante la noche (duración total de todos los despertares sumados)?	_____ minutos
Normalmente, ¿cuántas horas duerme por la noche?	_____ horas
¿Cuántas noches a la semana toma pastillas para dormir?	_____ noches
Sueño deseado (después de acabar el tratamiento)	
Después de apagar la luz, me encantaría dormirme un menos de…	_____ minutos
Si me sigo despertando en mitad de la noche después del tratamiento, no me gustaría despertarme más de…	_____ veces
Si me sigo despertando en mitad de la noche después del tratamiento, no me gustaría permanecer despierto durante más de…	_____ minutos
Si me sigo despertando demasiado temprano por la mañana, me gustaría despertarme no más de minutos antes de la hora deseada.	_____ minutos
Necesito dormir _____ horas para sentirme descansado y funcionar bien durante el día.	_____ horas
Me gustaría tener que tomar pastillas para dormir no más de _____ noches a la semana.	_____ noches
Anote algunos indicadores que sugieran una mejora de su funcionamiento diurno después del tratamiento (p.ej., aumento de la frecuencia de entrenamiento físico o de salidas sociales). 1. _____ 2. _____ 3. _____	

5. Autorregistros del sueño

Un elemento esencial de este tratamiento consiste en llevar una agenda de nuestro sueño. Se trata simplemente de un pequeño diario (véase la tabla 5.2) en el que anotaremos diariamente una serie de datos sobre nuestros hábitos de sueño. La agenda del sueño tiene tres utilidades. Primero, nos permite compilar una información muy valiosa en relación con la frecuencia y la gravedad de nuestro insomnio. Segundo, nos ayudará a identificar ciertos factores asociados a una mala o una buena noche de sueño. Tercero, los datos de la agenda del sueño son esenciales a fin de evaluar periódicamente nuestros progresos o la ausencia de avances, según el caso. Encontraremos una agenda del sueño en las páginas 110 y 111. Dado que necesitaremos una agenda para cada semana, tendremos que hacer una decena de copias.

A fin de comprender mejor nuestro problema de insomnio y de evaluar los progresos a lo largo del tratamiento, tendremos que recabar cierta información importante en relación con nuestro horario de sueño. Poco después de levantarnos por la mañana, responderemos a las 10 preguntas de la agenda del sueño. Es importante que rellenemos esta agenda todas las mañanas. Puede que sea difícil calcular algunos de los parámetros, como el tiempo requerido para dormirnos o la duración de los despertares nocturnos. Lo importante no es brindar unos datos absolutamente precisos, sino más bien nuestras mejores estimaciones. Muchas personas se inquietan por la exactitud de sus juicios y miran el reloj a fin de poder ofrecer unos datos prácticamente al minuto. Evidentemente, esta obsesión por el tiempo no hace más que agravar las dificultades para dormir.

Tabla 5.2

Agenda del sueño

Semana del _____ al _____

	Ejemplo
1. Ayer, dormí la siesta [eché una cabezada] entre las _____ y las _____ (Anote la hora de todas las siestas).	De las 13.50 h a las14.30 h
2. Ayer, tomé ___ mg de medicamento y/o ____ ml de alcohol para dormir.	Imovane 3,75 mg
3. (a) Me acosté a las ___ h y (b) apagué la luz a las ___ h.	22.45 h 23.15 h
4. Después de apagar la luz, me dormí en ___ minutos.	60 min
5. Mi sueño se vio interrumpido ____ veces. (Especifique el número de veces que se despertó).	3
6. Mi sueño se vio interrumpido durante ____ min. (Especifique la duración de cada período de despertar).	10, 5, 45
7. Esta mañana, me desperté a las ____ h. (Anote la hora del último despertar).	6.20 h
8. Esta mañana, me levanté a las ____ h. (Especifique la hora).	6.40 h
9. Valoración de mi estado físico al levantarme: 1 = agotado, 2 = fatigado, 3 = un término medio, 4 = más bien descansado, 5 = muy descansado.	2
10. En conjunto, mi sueño de la noche anterior ha sido: 1 = muy agitado, 2 = agitado, 3 = de mediana calidad, 4 = profundo, 5 = muy profundo.	3

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

No es necesario, pues, mirar el reloj para rellenar la agenda del sueño. Lo más importante es rellenar la agenda todos los días y durante toda la duración del programa. Si nos olvidamos de rellenarla un día, no hace falta que volvamos atrás; pasemos al día siguiente. Es preferible rellenarla por la mañana al poco de levantarnos. Los datos serán entonces más fieles que los compilados más tarde durante el día. Hagamos la mejor estimación posible de

las variables y no nos preocupemos por tratar de ser exactos. Más abajo aparece una guía para ayudarnos a responder a cada una de las preguntas de la agenda del sueño. También se sugiere un posible ejemplo dentro de la agenda.

1. Siestas

Anotar el comienzo y el final de cada momento pasado durmiendo la siesta [sueño diurno] el día anterior. Ello debe incluir todas las siestas, incluso las que no sean voluntarias (nos quedamos amodorrados delante del televisor unos 10 minutos).

2. Ayudas para dormir

Incluir tanto los medicamentos recetados como los que están libremente a la venta, así como el alcohol que bebemos con el objetivo de ayudarnos a dormir.

3. Hora de acostarse

Anotar la hora a la que nos hemos acostado la noche anterior. Si nos acostamos a las 23.30 h, estuvimos leyendo unos 15 minutos y apagamos la luz a las 23.45 h, deberemos anotar estas dos horas en el espacio correspondiente.

4. Tiempo que tarda en dormirse

Ofrecer nuestra mejor estimación del tiempo que tardamos en dormirnos después de apagar la luz con la intención de dormirnos. Si nos levantamos de la cama porque no podíamos dormirnos y después volvimos a acostarnos para dormirnos un poco más tarde, consideremos el tiempo que tardamos en dormirnos como el tiempo transcurrido entre la primera vez que apagamos

la luz y el momento en que finalmente nos dormimos. Por ejemplo, apagamos la luz a las 23.15 h, y al no ser capaces de dormirnos, nos levantamos a las 23.30 h y estuvimos levantados unos 30 minutos. Después volvimos a la cama y nos dormimos a los 15 minutos. El tiempo total que tardamos en dormirnos sería de 60 minutos (de las 23.15 h a las 00.15 h).

5. Número de despertares nocturnos

Anotar el número de veces que nos despertamos durante el transcurso de la noche.

6. Duración de los períodos de despertar nocturno

Estimar cuánto tiempo estuvimos despiertos en cada uno de los períodos de desvelamiento. Ello significa que si nuestro sueño se vio interrumpido unas tres veces, deberemos anotar tres números diferentes en el apartado 6. Si nos resulta imposible estimar la duración de cada uno de los desvelamientos, procedamos a estimar el número total de minutos que estuvimos despiertos durante todos los períodos de desvelamientos sumados. Ello no debe incluir el último despertar de la mañana.

7. Despertar por la mañana

Anotar la hora a la que nos despertamos la última vez por la mañana. Si nos despertamos a las 5.00 h, pero nos volvimos a dormir durante un instante breve (por ejemplo, entre las 6.00 y las 6.20), en ese caso nuestro último despertar sería a las 6.20 h.

8. Hora de levantarse

Anotar la hora a la que nos levantamos para empezar el día.

9. Estado físico al levantarse

Evaluar hasta qué punto nos sentimos descansados por la mañana, utilizando la siguiente escala de 5 puntos: 1 = Agotado, 2 = Fatigado, 3 = Un término medio, 4 = Más bien descansado, 5 = Muy descansado.

10. Calidad del sueño

Evaluar la calidad global de nuestro sueño, utilizando la siguiente escala de 5 puntos: 1 = Muy agitado, 2 = Agitado, 3 = De mediana calidad, 4 = Profundo, 5 = Muy profundo.

Al cabo de una semana de recopilar datos, necesitaremos resumir los registros contenidos en nuestra agenda. Una calculadora puede ser de utilidad.

Podemos utilizar la tabla 5.3, "Resúmenes semanales de los datos de la agenda del sueño". A fin de calcular los datos de cada una de las semanas debemos anotar todos los períodos de tiempo en minutos. Comenzaremos por anotar las fechas de los días correspondientes al comienzo y al final de la semana. Después, procederemos a calcular la media por noche correspondiente a cada una de las variables del sueño.

Bajo la columna "latencia del sueño", calcularemos la duración media en minutos del tiempo que tardamos en dormirnos, sumando los minutos de cada una de las noches (pregunta nº 4) y dividiendo la cifra resultante por el número de noches (habitualmente siete, salvo que nos saltemos una noche o más de hacer el registro). La siguiente variable se refiere a la "duración de los despertares nocturnos". Esta cifra se obtiene de la misma manera, sumando todas las duraciones de la pregunta nº 6 de la agenda, y

dividiéndolo por el número de noches. La siguiente variable, la "duración del despertar matinal", se obtiene calculando la diferencia (en minutos) entre el último despertar (pregunta nº 7) y la hora de levantarse (pregunta nº 8). Sumaremos estas cifras correspondientes a la semana y dividiremos el total por el número de noches. El "tiempo total despierto" se obtiene sumando las medias de la latencia del sueño, de la duración de los despertares nocturnos y de la duración del despertar matinal correspondientes a cada una de las noches. Para obtener el "tiempo total de sueño", primero tenemos que averiguar el "tiempo pasado en la cama". Ello corresponde al tiempo transcurrido entre la hora en que nos fuimos a la cama y la hora en que nos levantamos. De este modo, si nos fuimos a la cama a las 23.30 h y nos levantamos a las 6.30 h, el tiempo pasado en la cama correspondiente a esta noche sería de 420 minutos (7 horas x 60 minutos). Escribiremos este número en la base de cada columna. Una vez más, calcularemos la media del tiempo pasado en la cama sumando el tiempo pasado en la cama para cada una de las noches y dividiéndolo por el número de noches registradas en la semana. Ahora estamos en condiciones de calcular el "tiempo total de sueño" correspondiente a cada una de las noches. Tomaremos el tiempo pasado en la cama para cada una de las noches y le restaremos el tiempo total que estuvimos despiertos esa noche (la suma de la latencia del sueño, de la duración de los despertares nocturnos, y de la duración del despertar matinal correspondientes a esa noche). El resultado es el tiempo total de sueño correspondiente a esa noche. Sumaremos el tiempo total de sueño correspondiente a todas las noches y dividiremos el total por el número de noches. Una vez que tengamos la media semanal del tiempo total de sueño y del tiempo pasado en la cama, podemos calcular la "eficacia del sueño" dividiendo la

Tabla 5.3
Resúmenes semanales de los datos de la agenda del sueño

Semana	Fecha	Latencia del sueño	Duración de los despertares nocturnos	Duración del despertar matinal	Tiempo total despierto	Tiempo pasado en la cama	Tiempo total de sueño	Eficacia del sueño	Número de despertares	Número de noches en que tomamos alguna medicación
Antes del tratamiento										
1 .										
2.										
Durante el tratamiento										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										

media del tiempo total de sueño por la media del tiempo pasado en la cama, y multiplicando el total por 100. Ello nos indicará qué porcentaje de nuestro tiempo en la cama hemos invertido realmente en dormir. Una eficacia del sueño del 85% o más se considera normal.

Una vez realizados estos diferentes cálculos, podemos anotar las medias obtenidas para cada una de las variables en nuestro resumen semanal de la agenda del sueño (tabla 5.3). Utilicemos este registro resumido con objeto de poder hacer comparaciones a medida que vamos progresando en el tratamiento.

Visión general del programa de tratamiento

Este programa incluye cinco apartados que tratan cada uno de ellos un determinado aspecto del insomnio: (1) los malos hábitos de sueño; (2) las actitudes y las creencias erróneas respecto del sueño; (3) el estrés cotidiano; (4) la higiene del sueño; y (5) la utilización de somníferos.

Después de la evaluación inicial del problema y del establecimiento de los objetivos, el primer componente terapéutico consiste en cambiar los malos hábitos de sueño. Los insomnes suelen desarrollar una serie de estrategias para sobrellevar el insomnio y sus efectos perjudiciales sobre el funcionamiento cotidiano. Los insomnes tienen tendencia a pasar un tiempo excesivo en la cama con objeto de recuperar el sueño perdido. También pueden levantarse muy tarde, dormir siestas durante el día o irse a la cama muy pronto al comienzo de la noche, con la esperanza de compensar las dificultades para dormir. Si bien a corto plazo algunas de estas estrategias pueden ser útiles para sobrellevar el insomnio, estas

prácticas generan más daño que bien a largo plazo. En el capítulo 6, describiremos una serie de procedimientos dirigidos a eliminar las actividades incompatibles con el sueño y a mantener un horario de sueño regular. Ello nos llevará a reducir el tiempo pasado en la cama a fin de consolidar el sueño durante un período más corto de tiempo.

Las inquietudes y las preocupaciones excesivas pueden generar ansiedad y agravar el insomnio. Es esencial tener un estado de ánimo calmado si queremos dormir apaciblemente. En el capítulo 7, veremos cómo podemos evaluar nuestras creencias y nuestras actitudes respecto del sueño y de las consecuencias del insomnio. Recibiremos unas directrices a fin de identificar determinadas creencias que generan ansiedad y, en razón de ello, agravan el insomnio. Aprenderemos a corregir ciertas percepciones erróneas en relación con el insomnio y sus consecuencias. Aprenderemos igualmente a modificar determinados pensamientos poco provechosos que contribuyen a las dificultades para dormir, y a tener unos pensamientos y creencias más adaptados y más sanos.

Otro aspecto importante del tratamiento del insomnio incluye el manejo eficaz del estrés cotidiano. Si el estrés nos impide dormir por la noche, los procedimientos para manejar el estrés que se describen en el capítulo 8 nos serán ciertamente muy útiles. Las técnicas de relajación física y mental tales como la relajación muscular, la meditación y las imágenes mentales son métodos muy eficaces para manejar el estrés durante el día y dormir mejor por la noche. Otros métodos tales como aprender a administrarse mejor el tiempo, el entrenamiento en asertividad y el apoyo social son también de utilidad a fin de evitar que los problemas cotidianos no vengan a asediarnos por la noche.

Tabla 5.4

Los siete pasos para dormir bien por la noche

PASO 1: Comenzar por el principio
Autoevaluación
Llevar una agenda del sueño
Establecer unos objetivos realistas
PASO 2: Cambiar los malos hábitos de sueño
Mantener un ritmo regular de vigilia y sueño
Suprimir las actividades incompatibles con el sueño
Reducir el tiempo pasado en la cama
PASO 3: Enfocar el insomnio de otra forma
Revisar nuestras creencias respecto del sueño
Reducir las preocupaciones
Contemplar unas expectativas realistas
Desarrollar una cierta tolerancia a los efectos del insomnio
PASO 4: Afrontar el estrés cotidiano
Aprender a relajar la mente y el cuerpo
Cambiar las situaciones estresantes
PASO 5: Mantener una buena higiene del sueño
Cafeína, nicotina, alcohol, ejercicio
El dormitorio: luz, ruidos, temperatura de la habitación
PASO 6: Dejar el hábito de tomar pastillas para dormir
Programa de abstinencia gradual
PASO 7: Mantener los logros
Consolidar los buenos hábitos
Identificar las situaciones de alto riesgo
Prevenir y afrontar las recaídas

En el capítulo 9, revisaremos los principios de una buena higiene del sueño analizando los factores asociados a los estilos de vida tales como la alimentación, la cafeína y el ejercicio físico, así como los diversos factores ambientales tales como el dormito-

rio, el colchón, la luz, el ruido y la temperatura ambiente. Describiremos una serie de recomendaciones dirigidas a minimizar la interferencia de estos factores en el sueño.

El último de estos apartados expondrá un procedimiento sistemático para dejar los somníferos. Si bien la medicación para dormir tomada de forma ocasional puede ser útil en determinadas situaciones puntuales –por ejemplo, durante un período de estrés agudo o un cambio importante de horario (desfase horario)– la utilización a largo plazo de somníferos está desaconsejada. No obstante, ciertas personas desarrollan una dependencia de los somníferos, dependencia que suele ser más psicológica que física. Estas personas se encuentran a su pesar en un círculo vicioso. Han tratado de poner fin a la toma de medicación, pero en vano. Utilizados de forma regular, los medicamentos para dormir pierden su eficacia después de un cierto período de tiempo y suele ser necesario aumentar la dosis para preservar el efecto terapéutico. Sin embargo, la utilización a largo plazo genera nuevamente habituación y pérdida de eficacia clínica; más tarde o más temprano, se alcanzará la dosis máxima de seguridad. Cuando la deshabituación se realiza muy rápidamente, las dificultades para dormir vuelven pronto a salir a la superficie, aparece un estado de pánico y la persona comienza nuevamente a tomar pastillas para lograr dormir. El capítulo 11 ofrece un programa estructurado para dejar gradualmente de tomar pastillas para dormir. Es importante contar con la ayuda de nuestro médico o de nuestro farmacéutico para planificar una deshabituación segura, que genere el menor número posible de efectos indeseables y de complicaciones médicas.

Estos cinco componentes del tratamiento pueden no ser todos ellos pertinentes en nuestro caso. Por ejemplo, si no tomamos pas-

tillas para dormir, podemos saltarnos el capítulo que trata de este problema. En general, los dos módulos sobre el cambio de los hábitos de sueño y sobre las creencias y actitudes suelen ser los más pertinentes para la mayoría de las personas que padecen insomnio. También podemos modificar el orden de aplicación de los diferentes componentes del tratamiento. Incluso en ese caso, cambiar los hábitos de sueño así como las creencias y las actitudes seguirán siendo los pasos más importantes dentro del conjunto del tratamiento del insomnio. No obstante, si somos unos grandes consumidores de cafeína, tal vez sea preferible, en un primer momento, que nos detengamos en los principios de la higiene del sueño.

¿Nos vendría bien este tratamiento?

Existen diversos factores que pueden provocar insomnio y algunos requieren atención médica. Algunos trastornos del sueño diferentes del insomnio también pueden requerir la evaluación de un especialista del sueño. Si tenemos alguna duda, o si presentamos síntomas de algunos de los trastornos descritos en los capítulos 4 y 12, será necesario que consultemos primeramente a nuestro médico o a un especialista del sueño, a fin de realizar una evaluación más profunda. En el caso contrario, somos unos buenos candidatos al enfoque terapéutico que se describe en este libro.

La siguiente cuestión tiene que ver con la motivación. Cualquier programa de autotratamiento exige esfuerzo y disciplina. De hecho, una buena parte del tratamiento depende de nuestra buena voluntad a la hora de seguir las directrices. Si somos de la clase de personas que constantemente necesitamos que otros nos empujen para hacernos cargo, el enfoque de este libro no es para nosotros. El enfoque requiere que nos encarguemos nosotros mis-

mos y asumamos el control de nuestro propio destino. Contar con que los demás estarán encima de nosotros y nos corregirán sin cesar, va en contra de la filosofía de este programa. No obstante, el apoyo social y los ánimos son aspectos importantes de su éxito. Si estamos decididos a desplegar un esfuerzo constante, este programa sí es para nosotros. También es posible igualmente aplicar este programa consultándolo con un profesional de la salud.

¿Es eficaz este tratamiento?

Este tratamiento ha sido objeto de muchas investigaciones en nuestro Centro para el Estudio de los Problemas del Sueño, de la universidad Laval en Québec, al igual que en otras muchas clínicas del sueño a lo largo del mundo. Es un tratamiento cuya eficacia ha sido demostrada para superar el insomnio primario o incluso el insomnio asociado a otras afecciones médicas o psicológicas. Hemos probado los procedimientos clínicos que se describen en este programa con varios centenares de pacientes que padecían diferentes modalidades de insomnio. Los resultados demuestran que del 70 al 80% de los pacientes tratados mejoran de manera sustancial la calidad y la eficacia de su sueño. Un tercio de los pacientes recuperan un sueño normal al final del tratamiento, mientras que alrededor del 50% mejoran notablemente su sueño, aun cuando no se pueda decir que son personas que "duermen bien". Antes del tratamiento, el insomne típico tarda un promedio de una hora en dormirse y se pasa alrededor de otra hora y media más despierto a lo largo de la noche después de dormirse inicialmente. Al final del tratamiento, que durará un promedio de unas 6 semanas, la mayoría de los pacientes se duermen en menos de 30 minutos y permanecen despiertos durante menos de 30 minutos a

lo largo de la noche. La calidad del sueño también mejora y la mayoría de los pacientes se sienten mucho más satisfechos del mismo. Recordemos que no pretendemos necesariamente aumentar la duración total de nuestro sueño, prolongándose éste por lo general después del tratamiento tan sólo alrededor de media hora a una hora por la noche. El objetivo principal es hacer que nuestro sueño sea más eficaz con relación al tiempo que nos pasamos en la cama. Este objetivo se alcanza reduciendo el tiempo necesario para dormirnos y el tiempo que nos pasamos despiertos durante la noche; nuestro sueño se vuelve de este modo más reparador y más satisfactorio. Más del 90% de los pacientes que toman pastillas para dormir de forma regular antes de comenzar nuestro tratamiento, han dejado o han disminuido considerablemente su consumo. Con ayuda de un tratamiento similar, otros expertos muy conocidos en el terreno del insomnio, tales como el Dr. Jack Edinger, de la universidad Duke en Estados Unidos [Carolina del Norte] y el Dr. Collin Espie, de la universidad de Glasgow en Escocia, han obtenido unos resultados comparables en sus propios pacientes. Mi colega de la universidad Laval, Josée Savard, también ha obtenido excelentes resultados con este programa utilizándolo en el tratamiento del insomnio asociado al cáncer de mama.

La mayoría de las personas que acaban este tratamiento refieren tener una sensación más elevada de control sobre su sueño, estando mejor equipados a fin de afrontar las dificultades residuales para dormir que puedan tener incluso después de haber finalizado el programa. Recordemos que este programa ha sido concebido como una solución alternativa a los medicamentos que se utilizan comúnmente para tratar el insomnio. Si bien los somníferos pueden generar unos resultados más rápidos, las ganancias que producen suelen ser habitualmente transitorias. El tratamien-

to no farmacológico que proponemos aquí requiere un poco más de tiempo antes de dar resultados, pero sus efectos son mucho más duraderos.

La eficacia del tratamiento depende sobre todo de nuestra observancia de las diferentes recomendaciones. Dado que es difícil cambiar unos hábitos que llevan arraigados a veces años, este programa requiere mucha disciplina por nuestra parte. Además de encargarnos personalmente, el apoyo y el aliento de las personas cercanas pueden ser de gran ayuda en la aplicación cotidiana de las recomendaciones que incluye este programa para vencer nuestro problema de insomnio.

6

CAMBIAR LOS HÁBITOS DE SUEÑO

La mayoría de la gente sigue una rutina bastante particular antes de meterse en la cama. A los niños les encanta que les cuenten historias y sólo se duermen ante la presencia de un objeto fetiche –una muñeca, un osito de peluche, un objeto de felpa. Los adultos también tienen su ritual. Después de ver las noticias de la noche, comprueban las puertas, echan un último vistazo a los niños, apagan las luces y entran en el cuarto de baño para lavarse los dientes, quitarse las lentillas, y demás. Algunas personas únicamente pueden dormir en un lado concreto de la cama, en una determinada posición y con un tipo de almohada específica. Otros tienen sus preferencias en relación con el colchón y con el dormitorio; finalmente, otros logran dormirse únicamente con tapones para los oídos, un antifaz para los ojos y un ligero ruido de fondo. Para la mayoría de la gente, esta rutina antes de acostarse y estos rituales se realizan de forma automática y representan unos indicadores que señalan la proximidad inminente del sueño. Para otros, sin embargo, todos estos signos han acabado por asociarse a la aprensión, al temor al insomnio. En este capítulo,

veremos cómo se aprenden los malos hábitos de sueño y cómo se pueden modificar para vencer el insomnio.

Cómo se aprenden los malos hábitos de sueño y de qué forma se pueden modificar

El insomnio crónico no aparece en una sola noche. Como vimos en el capítulo 3, suele venir precedido de dificultades ocasionales para dormir que pueden estar provocadas por el estrés derivado de nuestro trabajo, de nuestra relación de pareja, de nuestra economía o de nuestra salud. Cuando desaparecen los factores de estrés, la mayoría de las personas recuperan un sueño normal, mientras que otras pueden haber desarrollado algunas reacciones negativas a los estímulos (la cama, la hora de acostarse, el dormitorio) que solían conducir habitualmente a dormir. Lo que antes era un lugar y un momento asociados a la relajación y al sueño, ahora están ligados a la frustración, la ansiedad y el insomnio. En estas personas, se desarrolla con el tiempo un proceso de condicionamiento, lo que conduce al círculo vicioso del insomnio, las preocupaciones y más dificultades todavía para dormir, y ello incluso una vez desaparecidos los acontecimientos que precipitaron el insomnio.

Una serie de malos hábitos de sueño pueden estar alimentando este problema. Ante las dificultades para dormir, es absolutamente natural probar algunas estrategias para sobrellevar el problema. Dormir hasta más tarde por la mañana, echarse la siesta o pasar más tiempo en la cama con el objetivo de compensar una mala noche de sueño, constituyen excelentes estrategias para manejar los efectos a corto plazo de un sueño alterado; a largo plazo, sin embargo, estos mismos hábitos pueden convertir un problema transitorio de sueño en un problema más persistente.

A medida que vayamos implantando el tratamiento que se describe en este libro, debemos tener en mente algunos principios. Primero, al margen de lo que haya podido desencadenar el insomnio, existen casi siempre algunos factores psicológicos y conductuales que contribuyen a mantener el problema a lo largo del tiempo. Por ejemplo, aunque nuestras dificultades para dormir hayan sido provocadas inicialmente por el dolor, es muy probable que con el tiempo algunas prácticas tales como quedarse en la cama demasiado tiempo o las preocupaciones respecto de la falta de sueño se hayan convertido en causas adicionales del insomnio. Segundo, es imperativo atacar directamente estas conductas perjudiciales a fin de romper el círculo vicioso del insomnio, incluso si otros factores tales como el estrés, el dolor o un desequilibrio hormonal puedan estar también contribuyendo al mismo. Tercero, la mayoría de estos hábitos son aprendidos y, por esta misma razón, pueden ser modificados. En la siguiente sección, describiremos cómo podemos volver a dormir bien cambiando determinados estilos de vida, determinadas conductas y determinados hábitos.

Ocho estrategias eficaces para vencer el insomnio

En la tabla 6.1 encontraremos un resumen de los principales pasos a seguir para modificar nuestros hábitos de sueño. Estos métodos están extraídos de dos tratamientos muy eficaces: la terapia del control de estímulos concebida por Richard Bootzin, psicólogo de la universidad de Arizona, y la terapia de la restricción del sueño desarrollada por Art Spielman, también psicólogo del City College de Nueva York. Estas terapias conductuales pretenden alcanzar tres objetivos:

- Facilitar que venga el sueño cuando queramos dormir;
- Reforzar o restablecer la asociación entre el sueño y los estímulos que conducen a dormir –la cama, la hora de acostarse, y el dormitorio; y
- Consolidar el sueño durante períodos más cortos de tiempo pasados en la cama.

Para alcanzar el primer objetivo, nos prepararemos adecuadamente antes de ir a la cama. No podemos esperar dormirnos cuando nuestro cuerpo y nuestra mente continúan sobreexcitados. Es preciso, pues, concederse un período de relajación o de descompresión antes de ir a la cama. El segundo objetivo lo podremos alcanzar si eliminamos las actividades incompatibles con el sueño una vez que estemos en el dormitorio. Los principios básicos son los mismos que para la gente que tiene un problema de peso. Las personas que tienen un exceso de peso puede que hayan desarrollado el hábito de comer al margen de si tienen hambre o no, y del lugar en que se encuentran. Una primera fase en el tratamiento de la obesidad implica, pues, modificar determinados hábitos alimentarios; por ejemplo, limitar el consumo de alimento exclusivamente a la hora de comer y a los lugares como la cocina o el comedor. De la misma forma, para tratar el insomnio debemos modificar la relación existente entre una conducta en particular (el sueño) y las condiciones que la controlan (la cama, la hora de acostarse, el dormitorio). Dado que el insomnio puede verse agravado por los horarios irregulares de sueño y por una cantidad excesiva de tiempo pasado en la cama, el tercer objetivo de este programa consiste en establecer un horario regular de sueño y en reducir el tiempo que nos pasamos en la cama. En el resto del capítulo, des-

cribimos cada uno de los procedimientos, además de su razón de ser. Presentaremos igualmente los principales obstáculos que nos podemos encontrar a lo largo del programa y algunas soluciones prácticas para sortearlos.

Tabla 6.1
Ocho estrategias eficaces para vencer el insomnio

1. Reservar un mínimo de una hora para distendernos antes de acostarnos.
2. Seguir un ritual antes de irnos a la cama.
3. Irnos a la cama únicamente cuando nos sintamos somnolientos.
4. Si vemos que somos incapaces de dormirnos, levantémonos de la cama y salgamos fuera del dormitorio.
5. Levantarnos siempre a la misma hora por la mañana.
6. Reservar la cama exclusivamente para dormir y para las actividades sexuales.
7. No dormir siestas durante el día.
8. Limitar el tiempo que pasamos en la cama a la duración real del sueño.

1. Reservar un mínimo de una hora para distendernos antes de acostarnos

Utilicemos este período transitorio para leer, ver la televisión, escuchar música o charlar con nuestra pareja. Cuando se acerque la hora de acostarse, es preferible no repasar todos los acontecimientos de la jornada ni planificar la agenda del día siguiente, dado que ello puede generar una cierta estimulación mental. Antes bien, reservemos otro momento durante el día o bien al comienzo del anochecer para revisar nuestras inquietudes y tra-

tar de solucionar los problemas. Si no podemos desembarazarnos de ciertas inquietudes o preocupaciones, suele ser útil anotarlas por escrito y preocuparnos de ellas en otro momento más apropiado.

Philippe acaba de encontrar un trabajo como representante de ventas y siente mucha presión para captar nuevos clientes para su empresa. Vuelve de trabajar hacia las 18.30 h y después de comer y de pasar un rato con su familia, se pone delante del ordenador para acabar lo que no ha podido hacer en el despacho. Hacia las 23.00 h, se siente agotado y decide irse a la cama. No obstante, su mente continúa sobreexcitada durante una hora larga más después de meterse en la cama, lo que evidentemente le impide dormirse dentro de un plazo razonable.

Si somos como Philippe, presionados constantemente por los plazos y exasperados por el trabajo hasta el último minuto antes de acostarnos, será mejor que revisemos nuestra forma de administrarnos el tiempo. Abordaremos este aspecto en el capítulo 8. Mientras tanto, reservemos por lo menos una hora, preferiblemente dos, antes de acostarnos para relajarnos. De lo contrario, no nos sorprendamos si nuestro cerebro continúa trabajando incluso después de haber apagado las luces. No existe un interruptor que podamos apagar sin más antes de irnos a dormir para poner fin a cualquier actividad mental. El adormecimiento es un proceso gradual y la ausencia de un período de transición antes de acostarse puede ralentizar la desactivación mental, lo que retardará el inicio del sueño. En cierto sentido, debemos prepararnos para dormir de la misma manera que nos preparamos para salir de viaje.

2. Seguir un ritual antes de irnos a la cama

Puede ser útil que sigamos la misma rutina todas las noches antes de irnos a la cama –quitarnos la ropa y ponernos el pijama, lavarnos los dientes, revisar las puertas, apagar las luces. Esta rutina o este ritual que precede al momento de acostarse le señala a nuestro cerebro y a nuestro cuerpo que nos estamos acomodando para pasar la noche y que estamos preparados para dormir bien. Pero tengamos cuidado de no exagerar; el objetivo no es volvernos rígidos en relación con este aspecto, hasta el punto de convertirlo en un ritual compulsivo.

Josée se preocupa tanto por el hecho de no poder dormirse antes de las 22.30 h que la velada entera la dedica a prepararse para irse a dormir. Después de volver del trabajo, hacer la cena y ayudar a su hijo a hacer los deberes, toma un baño caliente y se pone el pijama a las 20.00 h. A continuación se tiende en su habitación con un libro, esperando que el sueño se haga sentir. Evidentemente, Josée consagra demasiados esfuerzos a inducir el sueño, y ello genera el efecto contrario.

3. Irnos a la cama únicamente cuando nos sintamos somnolientos

Las personas que sufren insomnio crónico a menudo se ponen a pensar en la hora de acostarse inmediatamente después de cenar. A fin de aumentar las posibilidades de estar dormidos a la hora deseada (por ejemplo, a las 23.00 h) o simplemente por aburrimiento, algunas personas se meten en la cama desde las 21.00 h. Aunque pueden estar cansados, o incluso agotados, no se sienten necesariamente somnolientos a esta hora. Así pues, leen, ven la televisión, escuchan música o descansan en la cama,

esperando que estas actividades les induzcan a dormir. Desgraciadamente, tales prácticas no facilitan necesariamente el sueño. Al enzarzarse de manera repetitiva en estas actividades a la hora de acostarse, la persona termina por asociar la cama y el dormitorio con las señales indicativas de la vigilia más que con los signos de la somnolencia. También, cuando nos vamos a la cama demasiado pronto, tenemos más tiempo para reflexionar sobre los acontecimientos de la jornada, planificar la agenda del día siguiente y darle vueltas a nuestra incapacidad de dormirnos. Estos discursos internos son incompatibles con la relajación y el sueño. Sirven tan sólo para aumentar la aprensión y reforzar la asociación negativa entre el dormitorio y el insomnio. Por tanto, es necesario cambiar o retrasar la hora de acostarnos hasta que nos sintamos somnolientos. Es importante que no confundamos el cansancio con la somnolencia real. Aprendamos a reconocer los signos (p. ej., bostezos, párpados pesados) que sugieren que el sueño es inminente.

4. Si vemos que somos incapaces de dormirnos, levantémonos de la cama y salgamos fuera del dormitorio

Cuando veamos que somos incapaces de dormirnos o de volvernos a dormir en un plazo de 20 minutos, levantémonos, vayamos a otra habitación y dediquémonos a alguna actividad tranquila. Podemos leer, escuchar música, ver una película, o hacer cualquier otra actividad que no sea estimulante. Esperemos hasta que el sueño sea inminente y volvamos entonces nuevamente a la cama. No durmamos en el sofá porque ello generará una asociación entre el sueño y el sofá, y no entre el sueño y nuestra cama. Al comienzo, es posible que debamos repetir esta rutina varias veces a lo largo de la noche; es importante que lo hagamos

cuando seamos incapaces de dormirnos a la hora de acostarnos y también cuando nos despertemos por la noche y no podamos volver a dormirnos. Suele ser difícil y exigente seguir esta consigna. Pero el seguimiento asiduo de esta estrategia nos ayudará finalmente a asociar nuestra cama y nuestro dormitorio con dormirnos rápidamente.

El hecho de no salir de la cama cuando vemos que somos incapaces de dormirnos constituye un obstáculo de primera magnitud para superar el insomnio. Si somos como la mayoría de los insomnes, nos daremos la vuelta de un lado y de otro, esperando encontrar una posición que nos lleve finalmente a dormirnos. Pensamos que si seguimos intentándolo, el sueño acabará viniendo inevitablemente. Nos pensamos igualmente tal vez que si nos levantamos de la cama, permaneceremos despiertos durante el resto de la noche. Llegados al extremo, la mayoría de nosotros preferimos descansar en la cama diciéndonos que por lo menos estamos tendidos. Sin embargo, quedarnos en la cama tratando de forzar el sueño no hace sino agravar la ansiedad de ejecución, la frustración y las dificultades para dormir. Si verdaderamente queremos romper este círculo vicioso, debemos levantarnos. No tenemos necesidad de mirar el reloj sin cesar, dado que ello nos mantendrá desvelados. Una vez que hayan transcurrido alrededor de unos 20 minutos y que sigamos despiertos, debemos levantarnos. Puede que nos sorprendamos bostezando poco después de salir de la cama.

La trampa que puede aparecer en la aplicación de esta sugerencia es que nos volvamos a la cama demasiado pronto. La mayoría de la gente están impacientes por volver a la cama, temiendo pasarse la noche en blanco si permanecen demasiado tiempo levantados. Pero recordemos que cuanto más tiempo per-

manezcamos fuera de la cama, más rápido nos dormiremos cuando volvamos a meternos en la cama. Inquietudes legítimas pueden impedirnos seguir este consejo. Si es invierno y hace demasiado frío, dejemos una manta en el sofá. Puede que temamos despertar a nuestra pareja si nos levantamos. Podemos preguntarle si ya le hemos molestado alguna vez levantándonos en mitad de la noche. Habitualmente, dormirá profundamente y no lo notará. Si ello genera verdaderamente un problema, podemos cambiarnos a otra habitación durante el tiempo que dure la aplicación de este programa de tratamiento.

5. Levantarnos siempre a la misma hora por la mañana

Pongamos el despertador y salgamos de la cama a la misma hora todas las mañanas, durante los días de la semana o del fin de semana, al margen de la hora en que nos acostemos o de la cantidad de horas que hayamos dormido durante la noche. Aunque pueda ser muy tentador quedarse en la cama más tarde porque hemos dormido mal la noche anterior, tratemos de mantener un horario de sueño regular. Ello nos ayudará a regularizar nuestro reloj biológico y a sincronizar nuestro ritmo de sueño y de vigilia. De hecho, para dormir bien por la noche, hay un fondo de verdad en el viejo refrán de "persona que se va pronto a la cama, persona que madruga".

Tratar de recuperar el sueño perdido durante los fines de semana quedándose en la cama hasta muy tarde es una práctica muy extendida. Al igual que sucede con las siestas, ello puede ser una estrategia útil a corto plazo. Pero los insomnes son particularmente vulnerables a las consecuencias negativas de estas prácticas. Dormir demasiado tiempo durante el fin de semana altera la

regularidad de los ritmos circadianos y suele llevar a tener dificultades para dormir los domingos por la noche. Aunque sea difícil mantener una hora regular y estricta de levantarse todas las mañanas, sobre todo si estamos aplicando la terapia de la restricción del sueño (regla nº 8), podemos ver la forma de facilitarnos la tarea. Primero, utilicemos un despertador, aun en el caso de que habitualmente nos despertemos antes de la hora deseada. Segundo, el planificar actividades sociales o compromisos familiares por la mañana temprano puede aumentar nuestra motivación a levantarnos pronto. Nuestra pareja también puede animarnos a respetar esta directriz, si bien la responsabilidad última nos corresponde a nosotros.

6. Reservar la cama exclusivamente para dormir y para las actividades sexuales

Evitemos leer, comer, ver la televisión, escuchar la radio, trabajar o darle vueltas a las cosas en la cama o en el dormitorio, ya sea de día o de noche. Las actividades sexuales, obviamente, constituyen la única excepción. Cuando realicemos estas prácticas enumeradas anteriormente en nuestro dormitorio, este contexto se asociará con la vigilia y no con la somnolencia. El hecho de sacar estas actividades de nuestro dormitorio reforzará la asociación entre este contexto y el sueño. Puede que ya hayamos establecido estas mismas asociaciones entre la cocina y la sensación de hambre, o entre un sillón en concreto y la relajación. El principal objetivo en este caso reside en restablecer un condicionamiento entre el sueño y el dormitorio.

Para muchas personas, el dormitorio viene a ser como un despacho o un centro recreativo. Por elección o por necesidad, tien-

den a organizar el conjunto de sus actividades cotidianas en este lugar. Comer, leer, ver la televisión, revisar las facturas y hablar por teléfono son algunos de los ejemplos de actividades incompatibles con el sueño. Algunas parejas tienden a utilizar el dormitorio y el momento de acostarse para resolver los problemas relacionados con la pareja o con los niños. A causa de las molestias físicas, algunas personas mayores y los sujetos que padecen enfermedades crónicas también tienen tendencia a realizar actividades incompatibles con el sueño dentro del dormitorio.

El principal objetivo es, pues, condicionar nuestro cerebro y nuestro cuerpo para que reconozca que la cama y el dormitorio son señales asociadas a dormir. Tal vez podamos alegar que muchas personas se duermen leyendo en la cama o que a muchas parejas les gusta ver la televisión en el dormitorio a la hora de acostarse. Es importante, no obstante, reconocer que existen personas que sencillamente son más vulnerables al proceso de condicionamiento que cristaliza con el tiempo. Si somos vulnerables al insomnio y practicamos estas actividades en nuestro dormitorio, es muy recomendable que las eliminemos totalmente. Los estudiantes que viven en habitaciones o las personas que viven en un estudio pueden utilizar un separador entre la cama y el resto de la habitación a fin de minimizar la influencia de este condicionamiento.

7. No dormir siestas durante el día

Una siesta puede tener un efecto revitalizador y mejorar el rendimiento. La siesta de después de comer es una costumbre muy arraigada en los países mediterráneos y del sur. Las siestas también se recomiendan en el caso de las personas que padecen

algún trastorno del sueño como, por ejemplo, la narcolepsia. Para los insomnes, sin embargo, la siesta está generalmente desaconsejada porque desregula el ritmo natural de la vigilia y el sueño, e interfiere en el sueño nocturno. Cuanto más tiempo permanezca despierta una persona, más rápido se dormirá cuando se presente la ocasión. Así pues, cuando permanezcamos despiertos durante toda la jornada, tendremos más posibilidades de estar somnolientos al llegar la noche.

Aunque la siesta se utilice con frecuencia para compensar una mala noche de sueño, muchos insomnes son sencillamente incapaces de dormir la siesta durante el día por las mismas razones por las que no logran dormirse por la noche. Una excepción puede ser cuando la persona no trata de echarse la siesta; por ejemplo, el insomne puede dormirse más fácilmente cuando no trata de encontrar el sueño y no se encuentra en un lugar pensado para dormir. Así, puede amodorrarse en un sillón cómodo mientras está leyendo el periódico o viendo la televisión. A pesar de su efecto reparador, la siesta, planificada o no, afecta a nuestro sueño nocturno. Una siesta ya avanzada la tarde o el anochecer causa más perjuicio a la noche de sueño siguiente que una siesta por la mañana. Recordemos que, tal como expliqué en el primer capítulo, el sueño profundo (fases 3-4) se concentra en torno a la primera mitad de la noche, mientras que el sueño paradójico (fase REM) domina en la segunda mitad. Una siesta avanzada la tarde o al anochecer contiene mayor cantidad de sueño profundo que de alguna forma se le quita a la noche de sueño que debería seguirle, mientras que una siesta a una hora más temprana del día viene a ser como una prolongación de la noche anterior. Así, una siesta ya avanzado el día puede ser muy vigorizante, pero disminuirá la calidad del sueño de la noche siguiente.

Toda regla tiene su excepción. Primero, cuando aplicamos el método de la restricción del sueño (véase la regla nº 8 más abajo), al comienzo se permite una siesta breve, sobre todo si nuestro margen de sueño se limita a unas cinco o seis horas por la noche. A medida que vaya aumentando el tiempo pasado en la cama, debemos eliminar gradualmente esta opción. Segundo, algunas personas duermen aparentemente mejor por la noche cuando duermen la siesta por el día, quizás porque la siesta disminuye su ansiedad de ejecución. Tercero, la siesta puede ser beneficiosa para las personas mayores; volveremos sobre esto en el último capítulo. Finalmente, si tenemos que conducir algún vehículo motorizado o manejar algún instrumental peligroso y la somnolencia diurna es irresistible, la siesta será obviamente muy útil. En estas pocas excepciones, la siesta está permitida siempre que se limite a una duración de una hora o menos, y que se duerma antes de las 15.00 h para minimizar la interferencia con el sueño nocturno. A fin de reforzar la asociación entre nuestro dormitorio y el sueño, es preferible que nos echemos la siesta en nuestra cama y a unas horas regulares. La siesta debe interrumpirse si el sueño no sobreviene en el intervalo de unos 20 minutos después de acostarnos.

8. Limitar el tiempo que pasamos en la cama a la duración real del sueño

Esta estrategia, conocida con el nombre de terapia de restricción del sueño, consiste en limitar la cantidad de tiempo pasado en la cama lo más exactamente posible a la duración real del sueño. Concebida por el psicólogo Arthur Spielman, el tratamiento se basa en la observación de que muchas de las personas que padecen insomnio se pasan demasiado tiempo en la cama. Pueden meterse en la cama demasiado pronto por la noche, simple-

mente con el fin de asegurarse de que estarán dormidas a la hora deseada; o quedarse en la cama hasta tarde por la mañana para compensar la falta de sueño; o echarse una siesta de día con el objetivo de dormir las horas de sueño deseadas. El reposo en la cama es una estrategia universal para sobrellevar el insomnio transitorio, y ello puede aportar algún alivio a corto plazo. Por otro lado, el hecho de pasar demasiado tiempo en la cama puede provocar el efecto contrario. A largo plazo, esta estrategia conduce a tener un sueño de menor calidad y contribuye a mantener el insomnio. La restricción del sueño ha sido concebida con el propósito de eliminar estas dificultades. A continuación, tenemos el procedimiento a seguir.

Primero, tenemos que llevar una agenda del sueño (tabla 5.2) durante por lo menos una semana, preferiblemente dos. Segundo, haremos una copia de la tabla 5.3 a fin de tener una ficha resumen. Calculemos nuestra media por noche: (a) del tiempo total de sueño; (b) del tiempo pasado en la cama, que sería el tiempo transcurrido desde que apagamos la luz hasta que nos levantamos por la mañana; y (c) de la eficacia del sueño. La eficacia del sueño se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Tiempo total de sueño}}{\text{Tiempo pasado en la cama}} \times 100 = \text{Eficacia del sueño}$$

Nuestra tarea consiste en limitar la cantidad de tiempo pasado en la cama lo más aproximadamente posible a la estimación de nuestro tiempo total de sueño; a continuación, iremos aumentando este tiempo gradualmente hasta alcanzar la duración total de sueño deseada. El siguiente ejemplo ilustra cómo aplicar este procedimiento.

Pierre-André, un profesor de 47 años, sufre de insomnio desde hace 10 años. Tiene dificultades para dormirse y para permanecer dormido durante el transcurso de la noche. Su agenda del sueño, realizada durante una semana antes de ser evaluado en nuestra clínica, indica una hora de acostarse habitual correspondiente a las 22.30 h, y una hora de levantarse alrededor de las 6.30 h, para una media de unas ocho horas pasadas en la cama por la noche. Ello puede no parecer excesivo. Sin embargo, tarda un promedio de una hora en dormirse y permanece despierto durante una hora más a lo largo de la noche. Ello le deja únicamente unas seis horas de sueño de las ocho horas pasadas en la cama, con una eficacia del sueño global correspondiente al 75% (es decir, 6÷8 x 100). Ello está bastante por debajo de la eficacia del sueño habitual correspondiente al 85%, considerada como la eficacia normal por los expertos en el sueño.

En este ejemplo, Pierre-André calcula que duerme una media de seis horas por noche, de las ocho horas que pasa en la cama. Así pues, el "margen de sueño" inicial (es decir, el período que abarca desde el momento de acostarse hasta la hora de levantarse) es de seis horas. No hay razón para quedarse más tiempo en la cama porque, de todas maneras, habitualmente se pasa despierto alrededor de unas dos horas cada noche. Pierre-André decide, pues, que no se irá a la cama antes de medianoche y que se levantará a las 6.00 h de la mañana del día siguiente. Este método conlleva una ligera privación de sueño, pero mejora rápidamente la calidad y la continuidad de su sueño. Pierre-André aumenta gradualmente el tiempo pasado en la cama según la eficacia del sueño. Lo aumenta de 15 a 20 minutos cuando la eficacia del sueño es superior al 85% durante la semana anterior; lo disminuye la mis-

ma cantidad cuando la eficacia del sueño es inferior al 80%; y lo mantiene constante cuando la eficacia del sueño se sitúa entre el 80 y el 85%. Realiza estos ajustes periódicos hasta alcanzar una duración óptima de sueño. Idealmente, determinaremos el margen de sueño inicial y los cambios subsiguientes partiendo de los datos de la agenda del sueño que debemos rellenar diariamente durante la duración del programa. En la práctica, sin embargo, no siempre es posible o deseable seguir las reglas de forma rígida. Las recomendaciones siguientes pueden ser utilizadas durante la terapia de la restricción del sueño:

a) El tiempo pasado en la cama, o el margen de sueño, no deben jamás bajar de las cinco horas por noche, al margen de la eficacia del sueño. Aunque el objetivo sea el de generar una ligera privación de sueño, una reducción mayor puede provocar una somnolencia excesiva durante el día y perjudicar a nuestro funcionamiento diurno. Si tenemos un trabajo que requiere hacer unas tareas que conllevan un peligro potencial para nosotros o para los demás, debemos ser prudentes a la hora de aplicar este método. No lo utilicemos si somos operadores de maquinaria pesada o tenemos dificultades para mantenernos despiertos estando al volante de nuestro vehículo.
b) La restricción del sueño implica un margen de sueño específico, en lugar de una cantidad de tiempo obligatoria que haya que pasar en la cama. Incluso si este margen de sueño es de unas seis horas por noche, el tiempo real pasado en la cama puede ser inferior, si respetamos la regla de salir de la cama cuando no nos podamos dormir en un intervalo de 20 minutos (regla nº 4).
c) El criterio específico de la eficacia del sueño utilizado para variar el tiempo pasado en la cama, también se puede modifi-

car según las circunstancias. Por ejemplo, al principio, si nuestro margen de sueño se limita al mínimo (es decir, a cinco horas), podemos simplemente añadir de 15 a 20 minutos a la semana. En este caso, el tiempo pasado en la cama se va aumentando gradualmente, al margen de si la eficacia del sueño ha alcanzado o no el criterio requerido la semana anterior. También, aunque los cambios en nuestro margen de sueño se realicen habitualmente a un ritmo semanal, podemos introducir unos cambios más frecuentes si nuestra eficacia del sueño es de forma regular superior al 90% durante unos cuantos días consecutivos (cinco). No obstante, tengamos cuidado de no aumentar el tiempo pasado en la cama demasiado rápido, puesto que ello podría devolvernos al punto de partida.

d) Nosotros elegimos fijar la hora de acostarnos o de levantarnos. Por ejemplo, si el margen de sueño se establece en cinco horas, podemos elegir meternos en la cama a las 23.00 h, a las 24.00 h, o a la 1.00 h de la madrugada. Ahora bien, la elección de la hora de acostarse determina automáticamente la hora de levantarse, que será cinco horas más tarde si nuestro margen de sueño es de cinco horas (es decir, a las 4.00, las 5.00 o las 6.00 de la mañana). En general, es preferible modificar la hora de acostarse y mantener la hora de levantarse relativamente estable.

e) ¿Y si no podemos mantenernos despiertos hasta la hora prevista? Es una buena señal. Cuando las directrices del control de estímulos (reglas 3-7) se combinan con la restricción del sueño, ello supone aplicar un doble criterio. Debemos aplazar nuestra hora de acostarnos hasta que nos sintamos somnolientos, pero también debemos seguir las reglas asociadas a la prescripción de nuestro margen de sueño. Por ejemplo, si

nuestra hora de acostarnos son las doce de la noche, no debemos meternos en la cama antes de esta hora, incluso aunque nos sintamos somnolientos a las 23.00 h. Paradójicamente, a veces tendremos que combatir la somnolencia a fin de respetar nuestro margen de sueño. Ocasionalmente, el aplazamiento de nuestra hora de acostarnos puede salir mal. Una persona puede estar muy somnolienta a las 23.00 h, pero sentirse más despierta a las doce de la noche, la hora prescrita de acostarse. Ello suele ser habitualmente un problema pasajero que nos puede ayudar a reconocer nuestro verdadero estado de somnolencia.

La idea de disminuir el tiempo pasado en la cama, mientras que nuestra costumbre habitual sería probablemente la inversa, puede parecer una recomendación contra lo que cabría esperar [contraria al sentido común] para tratar el insomnio. Nos preguntamos incluso si seremos capaces de permanecer despiertos hasta la hora de acostarnos que prescriben estas instrucciones. Es exactamente este desplazamiento de la atención –tratar de permanecer despiertos mientras que anteriormente tratábamos de dormirnos– lo que puede eliminar la ansiedad de ejecución. La paradoja provoca habitualmente una transformación rápida del insomnio en somnolencia.

La principal consecuencia de este procedimiento es producir una ligera privación de sueño que induce a su vez un adormecimiento más rápido, una mejora de la continuidad del sueño y un sueño más profundo. La duración del sueño no necesariamente aumenta, pero sí su eficacia y su calidad. Un posible efecto secundario en la fase inicial del tratamiento es la somnolencia diurna. Este problema es normal y pasajero. También puede que advirta-

mos que al cabo de una o dos semanas funcionamos igual de bien durante el día, y ello incluso con una disminución del tiempo pasado en la cama.

Cómo integrar todas estas directrices

Este método de gestión de los hábitos de sueño está muy estructurado y exige tiempo, paciencia, esfuerzo y la práctica sostenida de los procedimientos propuestos. Estos procedimientos son relativamente simples, al menos sobre el papel. Ponerlos en práctica puede ser más difícil, y cabe esperar que nos encontremos con algunos obstáculos. El seguir estrictamente todas las directrices es esencial; no podemos elegir únicamente las que nos parezcan más fáciles de aplicar, porque todos estos procedimientos funcionan conjuntamente. Al principio del tratamiento, la reducción inicial del tiempo pasado en la cama puede hacer que no tengamos necesidad de aplicar algunas de las otras directrices. Si el margen de sueño es considerablemente reducido (por ejemplo, cinco horas), el adormecimiento inicial debe ser tan rápido que probablemente no tengamos necesidad de salir de la cama. A medida que vaya aumentando el margen de sueño, la necesidad de seguir las otras directrices podría aumentar.

Es posible que nuestro sueño se deteriore durante las primeras noches de práctica o que nos despertemos por la mañana más agotados que de costumbre. No nos desanimemos, dado que es normal que se produzca esto al iniciar el tratamiento. Los beneficios se volverán más evidentes con el tiempo y con la práctica sostenida de todos los procedimientos. El factor más importante que puede predecir la mejora de nuestro sueño depende de la

asiduidad con la que respetemos las directrices. Las personas que siguen cuidadosamente estas recomendaciones comienzan habitualmente a notar una mejoría notable en su sueño al cabo de cuatro o cinco semanas de práctica.

Este tratamiento puede parecernos tal vez más penoso que el problema de sueño que pretendemos superar. Probablemente sea así, pero recordemos que ello supone pagar un precio bastante pequeño si llevamos padeciendo insomnio desde hace meses o incluso años. Tengamos en mente también que todo aprendizaje nuevo requiere un cierto tiempo de aclimatación y de consolidación. Cuando aprendemos a conducir, debemos pensar en cada uno de los pequeños gestos –darle al contacto, ajustar los espejos, desembragar, estar atentos a la carretera, acelerar. Evidentemente, todo esto parece muy complicado al principio. Con el ejercicio repetido, acabamos por conducir sin ni tan siquiera tener que pensar en las diferentes maniobras que realizamos. El mismo principio se aplica a este programa de tratamiento del insomnio. Al comienzo, puede ser muy penoso permanecer levantado hasta la 1.00 de la madrugada, o incluso lamentable que tengamos que salir de la cama en mitad de la noche mientras que el resto de las personas de la casa están durmiendo. Con el tiempo, estos cambios se volverán más fáciles de aplicar y una vez que hayamos superado el insomnio, probablemente ya no tendremos que preocuparnos de seguir estas recomendaciones.

Este capítulo nos ha permitido explicar cómo se aprenden los malos hábitos de sueño, y cómo se pueden modificar. El siguiente paso para vencer el insomnio consiste en analizar de qué forma determinadas creencias erróneas, preocupaciones y actitudes pueden exacerbar el insomnio, y de qué forma igualmente podemos modificarlas para mejorar nuestro sueño.

7

REVISAR LAS CREENCIAS, LOS PENSAMIENTOS Y LAS ACTITUDES

Son sólo las 20.00 h y Andrée-Anne ya va camino de acostarse. Se dice: "Después de la noche que pasé ayer, tengo verdadera necesidad de dormir bien esta noche". Cuando llega la hora de acostarse, está decidida a dormirse, pero su firme determinación fracasa de tal forma que a las 2.00 de la mañana todavía sigue bien despierta. Entonces se pone a pensar: "¿Acabaré por dormirme de una vez? ¿Cómo voy a ser capaz de funcionar mañana? ¿Me volveré loca?". Este estado de ansiedad la mantiene despierta hasta altas horas de la madrugada. Al día siguiente, se toma una baja por enfermedad y se presenta en nuestra clínica en un estado de pánico, temiéndose que jamás volverá a ser capaz de dormir. No ha pegado ojo en toda la noche, dice. Está convencida de que tiene un problema hormonal y está segura de que desarrollará una depresión nerviosa si no consigue recuperar un sueño normal. Ya no tiene confianza en ella misma; piensa verdaderamente que su mundo está completamente trastornado.

De qué forma las creencias y los pensamientos pueden alimentar el círculo vicioso del insomnio

El caso de Andrée-Anne no es exagerado. Una forma de pensar de tales características puede realmente llevarnos a entrar en esta especie de engranaje. La percepción de una situación como peligrosa, ya sea real o no, puede generar alteración emocional y agravar el problema subyacente. Antes incluso de irse a la cama, Andrée-Anne ya tiene miedo. Cuando no logra conciliar el sueño, se espera ya lo peor para el día siguiente y se pone cada vez más angustiada. Piensa verdaderamente que perder el control del sueño significa que no tiene ningún control sobre su vida. O que un estado de ánimo tranquilo es una condición esencial para conciliar el sueño. El miedo a no dormirse y las preocupaciones respecto de las posibles consecuencias al día siguiente figuran entre los peores enemigos del sueño porque generan emociones negativas. De hecho, nuestra manera de percibir o de interpretar una situación o un acontecimiento desagradable puede generar ansiedad, rabia o incluso un estado depresivo.

Imaginémonos por un momento que cuatro personas, camino del trabajo, llevan atrapadas en un embotellamiento desde hace 20 minutos debido a unas obras en la autopista. La primera persona piensa en lo que va a pasar si llega tarde a su reunión prevista para las 9 h; sobre todo porque ya llegó tarde el día anterior. Se espera lo peor y se pone muy ansiosa. La segunda persona se pregunta por qué habrá tomado esa carretera, sobre todo después de haber escuchado la información de tráfico por la radio que preveía retrasos en esta carretera; la persona se dice: "Soy verdaderamente estúpida, debería haber tomado otro trayecto" y se desprecia. La tercera persona no alcanza a comprender por qué los con-

tratistas deciden hacer ninguna obra en horas punta; se pone impaciente y rabiosa. La cuarta persona se da cuenta simplemente de que no puede hacer nada para cambiar la situación; se mantiene serena y decide afrontar la situación de la mejor forma posible. Abre el periódico y se pone a leer, hasta que pueda volver a ponerse en marcha para llegar a su trabajo. Este ejemplo ilustra cómo una misma situación, interpretada de diferentes maneras, puede generar emociones diferentes.

Existe también una asociación estrecha entre la percepción que tiene una persona del insomnio y el estado emocional que se deriva del mismo. A veces, la percepción del insomnio por sí sola puede generar emociones negativas –ansiedad, frustración, depresión– y empeorar el problema. Generalmente, seremos nosotros mismos los que provocaremos estas emociones negativas, de acuerdo con nuestra percepción o con la interpretación que hacemos de pasar una mala noche de sueño (véase la tabla 7.1).

Tabla 7.1
Relación entre los pensamientos y las emociones

Situaciones	Pensamientos/Creencias/Actitudes	Sentimientos/ Emociones
Tomar el desayuno por la mañana	¿Cómo voy a ser capaz de aguantar todo el día después de haber pasado una noche tan mala?	deprimido, impotente
Rendimiento deficiente en el trabajo	No consigo hacer mi trabajo después de haber pasado una mala noche.	disgustado, irritable
Ver la televisión por la noche	Esta noche tengo que dormir como sea.	ansioso, temeroso
Prepararse para ir a la cama	¿De qué me sirve ir a la cama cuando sé que no voy a poder dormirme?	resignado, impotente

Por ejemplo, si entramos en pánico cuando no conciliamos el sueño y nos esperamos lo peor para el día siguiente, es evidente que permaneceremos más tiempo despiertos. El hecho de inquietarnos durante el día en relación con la mala noche que acabamos de pasar también puede hacer que esperemos con aprensión la noche que se nos avecina. Las preocupaciones excesivas respecto de las consecuencias del insomnio pueden contribuir a esta predicción. Si percibimos el insomnio como una señal de que nuestra vida estera está fuera de control, es muy probable que nos sintamos desesperados. Si pensamos que es imposible hacer nada para mejorar nuestro sueño, es muy posible que nos asalte la depresión. Todas estas emociones negativas no facilitan verdaderamente el sueño. Después de pasar una mala noche, se aconseja encarecidamente mantener la calma y tratar de interpretar estas dificultades en relación con las circunstancias atenuantes; el pánico y el desánimo no harán más que empeorar las cosas.

Podemos revisar la figura 3.2 que ilustra cómo los pensamientos y las preocupaciones pueden desencadenar una reacción en cadena y alimentar el círculo vicioso del insomnio: situación estresante, preocupaciones respecto de la falta de sueño y de sus consecuencias, intentos de controlar el sueño, ansiedad de ejecución, agravamiento de las dificultades para dormir, sensación de impotencia.

En la vida cotidiana, existen diversas fuentes de estrés, de decepción y de frustración que pueden provocar emociones negativas y alterar el sueño. Hablaremos en el próximo capítulo de algunas estrategias para manejar el estrés. Aquí, el aspecto principal a retener es que el insomnio en sí puede ser una fuente de alteración emocional y alimentar el problema. En el presente capítulo, podemos reaprender a dormir mejor modificando

determinadas creencias, pensamientos y actitudes ante el sueño. Antes de seguir avanzando, rellenemos el inventario de creencias y actitudes respecto del sueño (tabla 7.2) a fin de ver hasta qué punto nuestras propias creencias pueden alimentar nuestro insomnio. Utilizaremos algunos ejemplos extraídos del cuestionario a lo largo del capítulo.

Reconocer las maneras de pensar que contribuyen a mantener el insomnio

Todo el mundo mantiene diálogos internos sobre su propia persona, los acontecimientos externos y el futuro. Estos discursos silenciosos –pensamientos, creencias, expectativas, atribuciones (también llamados cogniciones)– nos pasan continuamente por la mente mientras estamos despiertos. Estas cogniciones suelen ser tan automáticas que ni tan siquiera tenemos conciencia de ellas. Todos tenemos nuestra propia forma de tratar la información y de interpretar lo que nos sucede en nuestra vida y en el mundo. Esta información es filtrada y a veces modificada según nuestras experiencias pasadas y nuestra personalidad. Sucede que se producen algunos errores en la interpretación que hacemos de los hechos y que contribuyen a la aparición de emociones negativas. Estos errores son una especie de filtros que alteran nuestra manera de tratar la información: magnificación, dramatización, sobregeneralización, pensamiento dicotómico y atención selectiva. Volveremos sobre estos conceptos en el capítulo 8; por el momento, vamos a concentrarnos en un método dirigido a modificar nuestras creencias, pensamientos y actitudes en relación con el sueño.

Tabla 7.2
Inventario de creencias y actitudes respecto del sueño

Los enunciados que siguen reflejan determinadas creencias y actitudes en relación con el sueño. Indique, con ayuda de la escala del 1 al 5, hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los enunciados. No hay respuestas buenas o malas.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Necesito dormir ocho horas para sentirme descansado y poder funcionar bien durante el día.	1	2	3	4	5
2. Cuando no duermo lo suficiente por la noche, necesito recuperarlo al día siguiente durmiendo la siesta, o bien la noche siguiente durmiendo más tiempo.	1	2	3	4	5
3. Me da miedo que el insomnio crónico pueda llegar a tener consecuencias serias sobre mi salud física.	1	2	3	4	5
4. Me preocupa perder el control sobre mi capacidad para dormir.	1	2	3	4	5
5. Después de pasar una mala noche, sé que ello le va a perjudicar a las actividades que tenga que hacer al día siguiente.	1	2	3	4	5
6. Para estar despierto y funcionar bien durante el día, creo que sería mejor tomarme una pastilla para dormir en lugar de pasar una mala noche.	1	2	3	4	5
7. Cuando me siento irritable, deprimido o ansioso durante el día, ello se debe sobre todo a que he dormido mal la noche anterior.	1	2	3	4	5
8. Cuando duermo mal una noche, sé que ello va a trastocar mi horario de sueño para toda la semana.	1	2	3	4	5
9. Si no duermo como es debido, apenas puedo funcionar al día siguiente.	1	2	3	4	5
10. Jamás puedo predecir si voy a dormir bien o mal por la noche.	1	2	3	4	5
11. Tengo pocas habilidades para afrontar las consecuencias negativas de tener un sueño alterado.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento cansado, sin energía o simplemente incapaz de funcionar bien, generalmente suele ser porque he dormido mal la noche anterior.	1	2	3	4	5
13. Pienso que el insomnio es principalmente el resultado de un desequilibrio fisiológico.	1	2	3	4	5
14. Pienso que el insomnio va camino de arruinar mi capacidad de disfrutar de la vida y de impedirme hacer lo que quiero hacer.	1	2	3	4	5
15. La medicación es probablemente la única solución para el insomnio.	1	2	3	4	5
16. Evito o anulo los compromisos (trabajo, familia, ocio) después de dormir mal una noche.	1	2	3	4	5

La terapia cognitiva es un método de tratamiento concebido para ayudarnos a evaluar la validez de nuestras creencias, expectativas y atribuciones, y para sustituirlas por unos pensamientos más productivos. Se trata de una técnica de reformulación de los pensamientos con objeto de corregir las creencias erróneas y las actitudes derrotistas que generan emociones negativas tales como la ansiedad, el miedo, la rabia o incluso la depresión. El principio básico de este enfoque es que las creencias erróneas o los pensamientos derrotistas pueden provocar o agravar las dificultades para dormir generando estados emocionales desagradables. Cuando modificamos estas creencias y estas maneras de pensar, la alteración emocional disminuye y el sueño mejora.

Podemos revaluar la exactitud de nuestros pensamientos con ayuda de un procedimiento sencillo en tres pasos:

1. Identificar los pensamientos, las creencias y las actitudes respecto del sueño;
2. Evaluar su validez y cuestionarlos; y
3. Sustituirlos por unos pensamientos más productivos.

Identificar los pensamientos, las creencias y las actitudes respecto del sueño

El primer paso para recuperar una forma de pensar más constructiva respecto de nuestro sueño, consiste en identificar los pensamientos derrotistas en relación con el insomnio. La mayoría de la gente no le concede realmente ninguna atención a los pensamientos automáticos que les pasan continuamente por la mente, o no son conscientes de ellos. Por esta razón, no se dan cuenta de

hasta qué punto dichos pensamientos pueden generar emociones negativas que acrecientan su problema de sueño. Para favorecer la toma de conciencia respecto de estos pensamientos e identificar aquellos de entre los mismos que contribuyen al insomnio, debemos concederles una atención particular. Para ello, podemos llevar un "diario" y apuntar simplemente dichos pensamientos cuando nos vengan a la mente, ya sea durante el día, durante el transcurso de la tarde o incluso de la noche, cuando nos desvelamos. Podemos utilizar con este fin una copia del modelo que aparece en la tabla 7.3.

Tabla 7.3
Registro de los pensamientos, las creencias y las actitudes respecto del sueño.

Situaciones	Pensamientos/Creencias/ Actitudes	Sentimientos/Emociones

Evaluar y replantear la validez de los pensamientos disfuncionales

Una vez que hayamos identificado los pensamientos específicos tales como los presentados en las tablas 7.1 y 7.2, el siguiente paso consiste en revisar su validez. Hagámonos las siguientes preguntas: "¿Qué evidencia tenemos que nos permita apoyar una creencia en particular? ¿Se basa en hechos o en una percepción tal vez deformada por algunos de los filtros que mencionamos más arriba (por ejemplo: magnificación, sobregeneralización)? ¿Hemos tenido ya algunas otras experiencias que vayan en el sentido contrario de esta creencia?". Por ejemplo, aunque nos sentimos generalmente sin energía después de una noche de insomnio, ¿nos ha ocurrido que nos hemos dedicado a nuestras ocupaciones sin sentir demasiado los efectos de una mala noche de sueño? ¿Y las demás personas de nuestro entorno? ¿La gente que duerme bien están siempre descansados y alerta durante el día? En esta fase, es esencial que adoptemos una cierta distancia y dejemos a un lado nuestras antiguas creencias, aunque estén muy arraigadas. Debemos ver determinadas explicaciones o interpretaciones como hipótesis, más que como verdades absolutas.

Sustituir las inquietudes y las creencias erróneas por unos pensamientos más provechosos

El paso más importante de la terapia cognitiva consiste en sustituir los estilos de pensamiento disfuncionales por unos pensamientos más constructivos. Para ello, podemos utilizar las técnicas de reestructuración cognitiva que se explican en las próximas secciones. Una pequeña advertencia antes de continuar: debemos tener presente que este enfoque no pretende negar la existencia real de nuestro insomnio ni minimizar el impacto que ejerce sobre

nuestro funcionamiento diurno. La idea no consiste en convencernos de que "nadie tiene necesidad de dormir ocho horas", o que "todo está en nuestra cabeza", sino más bien en animarnos a cotejar ciertas creencias erróneas, a explorar hipótesis alternativas y a comprobar su validez. El objetivo es situar el insomnio en una perspectiva más realista y romper el círculo vicioso del insomnio. No tenemos por qué ser unas víctimas; debemos más bien tratar de recuperar el control. Tengamos presente que este enfoque ha demostrado ser muy eficaz para tratar problemas tales como la depresión y la ansiedad, además del insomnio.

1. Contemplar unas expectativas realistas

Existe la creencia popular que pretende que dormir ocho horas debe ser la norma a conseguir para estar descansados y poder funcionar bien durante el día. Existe también una tendencia natural a comparar nuestro sueño con el de nuestra pareja, que puede que duerma como un leño. Además, a la mayoría de la gente le gustaría despertarse todas las mañanas y sentirse totalmente descansados y llenos de energía. Cuando estas expectativas no se satisfacen, puede aparecer cierta preocupación y con ello provocar la aparición de dificultades reales para dormir.

La necesidad de sueño varía ampliamente de una persona a otra, y un sueño de corta duración no necesariamente es anormal. Si bien el promedio de sueño en el caso de los adultos jóvenes se sitúa entre 7, 5 y 8 horas por noche, hay personas que pueden funcionar perfectamente con 5 o 6 horas, mientras que otras necesitan de 9 a 10 horas para sentirse descansados. No existe una "regla de oro" que se pueda aplicar a todo el mundo. Evitemos, pues, presionarnos para alcanzar determinadas normas, dado que ello no hará

más que aumentar nuestra ansiedad de ejecución. Para determinar la duración óptima de nuestro sueño, probemos diferentes duraciones y observemos cómo van las cosas al día siguiente. Tal vez hayamos calculado ya esta duración con la ayuda del procedimiento de la restricción del sueño que vimos en el capítulo anterior.

Existen también diferencias individuales en la rapidez con la que la gente se duerme, el número de veces que se despiertan y la calidad global de su sueño. Examinemos atentamente los datos de nuestra agenda del sueño (por ejemplo: latencia del sueño, tiempo total de sueño) a fin de valorar si nuestro sueño es anormal o si se sitúa simplemente en un extremo dentro de la normalidad. Si nos dormimos en menos de 30 minutos o nos despertamos una o dos veces durante un período de menos de 30 minutos, no nos preocupemos. Cualquier variación que esté dentro de estos valores es normal. Incluso si dormimos 6 horas o 6,5 horas por noche, no insistamos demasiado en prolongar nuestro sueño. Ello se corresponde tal vez con nuestra necesidad personal.

Es igualmente importante distinguir entre el insomnio y los cambios normales que se producen en el sueño con la edad. Al envejecer, algunas personas se preocupan porque se despiertan una o dos veces por la noche. El número y la duración de los despertares nocturnos aumenta de manera natural con la edad, y la cantidad de sueño profundo disminuye. Aunque comporten un descenso de la calidad del sueño en las personas más mayores, esto cambios no son necesariamente un signo de insomnio.

Si nuestro sueño es diferente del de nuestra pareja, ello no significa, sin embargo, que tengamos insomnio. Tal vez envidiamos a nuestra pareja que, noche tras noche, se duerme tan pronto como se acuesta y permanece dormida durante toda la noche. Ello le

daría envidia a la mayoría de los insomnes. Tengamos presente que la calidad y la duración varían de una persona a otra, e incluso de una noche a otra en el caso de la misma persona. A fin de cuentas, tampoco gastamos todos el mismo número de zapatos, ni tenemos todos la misma talla o el mismo peso. Es preferible evitar comparar nuestro sueño con el de los demás. Siempre habrá alguien más alto, más sano, o que duerma mejor que nosotros. Es preferible reconocer sin más estas diferencias individuales y evitar las comparaciones sociales. Podemos incluso sacar partido de estas diferencias utilizando el tiempo adicional del que disponemos en razón de nuestra necesidad de dormir menos. Ciertos políticos y artistas célebres han llevado unas largas vidas muy productivas con tan sólo unas cinco o seis horas de sueño por noche. El principal mensaje a retener en este caso es que tener un sueño de menor duración que nuestra pareja o que varía de una noche a otra, no es necesariamente algo anormal.

2. Evitar atribuirle al insomnio la causa de todos nuestros males

Una de las principales razones que mueven a los insomnes a buscar ayuda profesional no es tanto el problema del insomnio en sí como la percepción de sus consecuencias. Muchas personas se preocupan por los efectos que pueda tener el sueño alterado sobre el rendimiento, el bienestar, la salud e incluso la apariencia física. Los siguientes ejemplos ilustran algunas de estas inquietudes:

> "Si no duermo bien por la noche, difícilmente puedo funcionar al día siguiente".
>
> "Cuando me siento irritable o tenso durante el día, es porque he dormido mal la noche anterior".

"Me da miedo que el insomnio pueda tener consecuencias serias para mi salud".

"Habitualmente suelo tener un aspecto físico espantoso cuando he dormido mal".

La creencia que se esconde detrás de estos enunciados es que una mala noche de sueño es inevitablemente nefasto para el funcionamiento cotidiano, el humor y la salud. Si bien esta creencia tiene una cierta validez, existen igualmente tres tipos de errores cognitivos que pueden deformar la realidad: la magnificación de las consecuencias del insomnio (dormir mal disminuye la motivación, pero interfiere poco en el rendimiento); una sobregeneralización en la atribución de los problemas asociados al funcionamiento diurno (el insomnio no es el responsable de todos nuestros males en el trabajo, en casa y con los amigos); y la preocupación excesiva respecto de la percepción de dichas consecuencias (el insomnio puede afectar al humor, pero no es necesariamente nefasto para la salud). Procedamos a analizar cada uno de estos errores cognitivos con más detalle.

Las consecuencias de la privación de sueño deben diferenciarse de las del insomnio. Las primeras pueden ser graves, generando una somnolencia excesiva y una perturbación del rendimiento durante el día, mientras que las consecuencias asociadas al insomnio son más limitadas, afectando principalmente al humor y la atención. No obstante, la percepción de la intensidad de las secuelas durante el día suele agrandarse después de pasar una mala noche. Lo estudios que utilizan medidas objetivas demuestran una alteración limitada de la atención, la memoria y el juicio en los insomnes. La motivación y la iniciativa disminuyen, pero el rendimiento real y la vigilancia se mantienen prácticamente intactos.

¿Cómo explicar las diferencias existentes entre la percepción de los déficits y los déficits observados? La alteración del humor, que adopta la forma de irritabilidad, preocupación y disforia, y que sería muy frecuente después de una noche de insomnio, puede modificar nuestra percepción de las cosas, incluido nuestro propio funcionamiento durante el día. Esta alteración de la percepción es similar a la del sueño; la mayoría de las personas que padecen insomnio tienden a percibir que su sueño está más alterado de lo que realmente lo está según la actividad de las ondas cerebrales.

A fin de ilustrar mejor este aspecto relativo a la percepción del efecto que tiene el insomnio sobre el funcionamiento diurno, tomemos el ejemplo de una profesora a la que traté por un problema clásico de insomnio. Se preocupaba mucho por la calidad de sus clases, sobre todo después de haber pasado una mala noche. Cada vez que no dormía bien, estaba convencida de que la calidad de sus clases se resentía. Naturalmente, esta preocupación excesiva por la calidad de su enseñanza generaba más ansiedad y no hacía sino agravar sus dificultades para dormir. En razón de ello, concebimos un experimento en el que ella les pedía a sus estudiantes que valorasen sus clases después de tener una buena noche de sueño y después de haber pasado una mala noche. Estas valoraciones eran rellenadas "a ciegas", sin que los estudiantes fueran informados de la calidad del sueño de la profesora. Para gran sorpresa suya, las valoraciones de los estudiantes eran excelentes en los dos casos. Por tanto, aunque nos sintamos más cansados y sin energía, es probable que funcionemos mejor de lo que nos pensamos. Debemos, así pues, disminuir, cuando no eliminar, cualquier atención que concedamos a estos déficits.

Nuestras expectativas también pueden jugarnos alguna pasada. Si después de pasar una mala noche, estamos convencidos de

que no vamos a ser capaces de concentrarnos ni de hacer lo que fuere durante ese día, es verdad que ese día no va a ser muy productivo. Por otro lado, si tratamos de borrar esa mala noche de nuestra memoria, constataremos tal vez, para nuestra sorpresa, que podemos hacer de todas formas un buen número de tareas.

Allison Harvey, profesora de psicología de la universidad de California en Berkeley, sugiere el siguiente experimento para generar energía después de pasar una mala noche. Así, más que no hacer nada para combatir la fatiga y conservar la energía, esta autora propone más bien iniciar diversas actividades a fin de recuperar las energías. En razón de ello, después de pasar una mala noche, probemos durante un período de tres horas a emprender diversas actividades que habitualmente tendamos a evitar. Podemos hacer algún recado, practicar alguna actividad física, pasear, hacer un poco de limpieza por la casa, etc. La naturaleza y la intensidad de la actividad no son lo que importa; lo esencial es permanecer en movimiento y mantenerse activo durante el total de las tres horas. Antes y después de este experimento, anotaremos en una escala del 1 al 10 nuestro nivel de cansancio, nuestro nivel de energía, y nuestro humor. Repetiremos este experimento después de tener otra mala noche de sueño, pero esta vez el objetivo será conservar nuestras energías. Durante otro período de tres horas, nos mantendremos en posición horizontal o sentados con el objetivo de reposar, de conservar nuestra energía. Podemos leer, ver la televisión, escuchar la radio, pero no haremos ninguna actividad física. Antes y después de este experimento, valoraremos igualmente en una escala del 1 al 10 nuestro nivel de cansancio, nuestra energía, y nuestro humor. La mayoría de las personas que realizan este experimento son prácticamente unánimes en los resultados obtenidos; su nivel de energía mejora notablemente después del experimento

que pretendía generar energía, por contraste con el experimento que pretendía conservar la energía. Por tanto, el mejor método para combatir el insomnio no siempre es descansar y evitar las actividades físicas; por el contrario, estar en movimiento y dedicarse a hacer alguna ocupación física o de otro tipo, incluso después de pasar una mala noche, puede resultar beneficioso.

Es fácil culpar al insomnio de todo lo que salga mal durante el día. No obstante, probablemente no siempre sea el único culpable. Miremos las cosas un poco más de cerca y hagámonos las siguientes preguntas: (a) ¿Tengo siempre un descenso en el funcionamiento o una bajada de energía después de pasar una mala noche?; (b) ¿Estas dificultades se hacen notar siempre con la misma intensidad?; y (c) ¿Es posible que haya otros factores que también puedan estar contribuyendo a estos problemas? A continuación, formulemos hipótesis alternativas que pudieran explicar estas dificultades de funcionamiento. Por ejemplo, el estrés procedente de otros ámbitos de nuestra vida (desavenencias familiares, conflictos con nuestro jefe) puede perjudicar nuestra concentración, alterar nuestro humor y disminuir nuestra energía y nuestro funcionamiento durante el día. También es posible que debamos revisar nuestra forma de administrarnos en relación con el tiempo y la resolución de problemas, así como nuestra forma de relacionarnos con los demás. Estos aspectos se abordarán en el capítulo 8. El objetivo principal de este ejercicio no es negar la presencia de ciertas repercusiones del insomnio, sino más bien replantear la evidencia de una relación causal directa entre las dificultades para dormir y las secuelas vividas durante el día. Cuando atribuimos todos los déficits durante el día al insomnio, ello no hace sino añadir más presión a la noche siguiente y, por ello mismo, más dificultades para dormir.

En resumen, culpar a la falta de sueño de los cambios bruscos de humor, la falta de energía y el rendimiento deficiente durante el día no es muy productivo. Es muy probable que otros factores, que no tienen nada que ver con el insomnio, contribuyan también a estos déficits. Analicemos de cerca estos factores y tratemos de afrontarlos abordándolos directamente. Recordemos también que nadie funciona a plena rendimiento todos los días; existen siempre variaciones diurnas en el rendimiento, la vigilancia y el humor. Prácticamente todo el mundo tiene dificultades ocasionales de funcionamiento o fluctuaciones del humor, pero no todo el mundo atribuye estos problemas al sueño alterado. Por tanto, seamos prudentes y no se lo achaquemos todo al insomnio.

3. Revisar nuestras explicaciones sobre las causas del insomnio

Tratar de comprender la causa de un problema constituye un enfoque sano para resolver este problema. Si somos como la mayoría de las personas que tienen dificultades para dormir, probablemente nos habremos hecho alguna idea respecto de qué es lo que provoca estas dificultades. No obstante, un obstáculo frecuente para el cambio reside en el hecho de que algunas de estas explicaciones son externas (sobre las cuales tenemos poco control) y unidimensionales (tal vez demasiado rígidas). Ejemplos de tales atribuciones causales serían:

> "Mi insomnio es el resultado de un desequilibrio hormonal".
>
> "Solamente con que pudiera quitarme de encima de este dolor, mi sueño volvería a ser normal".
>
> "Dado que me voy haciendo vieja, es normal que tenga dificultades para dormir".

La creencia que hay detrás de estas explicaciones es que tenemos poco o ningún control sobre estas causas; únicamente combatiendo estos factores hormonales, físicos o relacionados con el envejecimiento, se podrá resolver nuestro problema de insomnio. Si bien algunas de estas explicaciones pueden ser válidas, no dejan de estar fundamentalmente fuera de nuestro alcance. Insistir en ellas puede llevar a una sensación de impotencia y de ser una víctima.

Johanne, una mujer de 53 años, sufre de insomnio desde hace tres años. Ha visto a varios médicos y se ha hecho muchos análisis de sangre y hormonales sin obtener una respuesta clara respecto de qué es lo que le provoca el insomnio. Sigue convencida de que un desequilibrio hormonal es lo que la mantiene despierta por la noche. Naturalmente, también piensa que una pastilla para dormir es la única forma de aliviar el insomnio. Aunque ya ha probado una media docena de fármacos diferentes, continúa teniendo dificultades para dormir y está desesperada.

Johanne está convencida de que lo que altera su sueño es algo que está fuera de su control: un desequilibro hormonal; ello conduce a una sensación de desesperación y de impotencia que tiene el efecto de agravar el problema de sueño. Esta atribución del insomnio a unas causas externas es derrotista, dado que de hecho Johanne tiene muy poco control sobre ellas. ¿Qué hacer entonces? Primero, Johanne debe distinguir los factores que han desencadenado su problema de sueño de aquellos que lo mantienen en la actualidad. Sea cual fuere la causa que lo desencadenó, los factores psicológicos casi siempre aparecen implicados en el mantenimiento del insomnio a lo largo del tiempo. En el caso de Johanne,

es muy probable que la menopausia esté en el origen de sus dificultades para dormir. Sin embargo, incluso con un tratamiento en base a una terapia hormonal, sus dificultades para dormir persisten. Parece más bien que sea su miedo a no dormir, la tendencia a esperarse lo peor después de pasar una noche de insomnio, además del mal hábito de permanecer en la cama demasiado tiempo por la mañana, lo que contribuye a perpetuar su insomnio. Aunque sea importante reconocer la influencia de los factores precipitantes y tal vez aceptar el hecho de que no se pueden cambiar, es igualmente importante revisar otros posibles factores que pueden estar agravando el insomnio. Abrámonos a la posibilidad de analizar detenidamente otras posibles causas, aquellas que sí podemos cambiar.

4. No pretender jamás forzar el sueño

> "Si me concentro lo bastante, puedo inducir el sueño a voluntad".
>
> "Cuando tengo dificultades para dormirme, debo permanecer en la cama e intentarlo con más fuerza".

Estas creencias ilustran lo que la mayoría de la gente hace cuando no logran conciliar el sueño: tratan simplemente de forzarlo. Este es el peor error que podemos cometer porque el sueño no puede venir a voluntad. Podemos quizás mantenernos despiertos hasta cierto punto, pero no podemos forzar el sueño. Cuando tratamos con demasiada fuerza de controlar o de cumplir alguna cosa, ello suele provocar un efecto paradójico y nos impide alcanzar nuestro objetivo –el clásico efecto de la ansiedad de ejecución.

El impacto negativo de una voluntad demasiado grande de querer dormir ha sido demostrado en un estudio en el que se pedía a unos voluntarios que trataran de dormirse lo más rápidamente posible. Cuanto más rápido se durmieran, más dinero podían ganar. La cantidad de dinero ofrecida variaba entre los participantes. Tal como se había previsto, la recompensa económica indujo una fuerte motivación para dormirse. Los sujetos a los que se ofrecía una cantidad más elevada, tardaron más tiempo en dormirse que aquellos a los que se ofreció una cantidad menor. Otros dos ejemplos ilustran el papel que desempeña la ansiedad de ejecución en el insomnio. Primero, algunas personas que padecen insomnio se duermen más fácilmente cuando menos se lo esperan (por ejemplo, viendo la televisión o leyendo). Para estas personas, el simple hecho de no intentar dormirse puede facilitar el sueño. Segundo, si les preguntamos a las personas que duermen bien qué es lo que hacen a diferencia de nosotros para dormirse, la mayoría nos dirán sencillamente que no hacen nada en especial y que ni tan siquiera piensan en ello.

Así pues, si el sueño no nos viene, no tratemos de forzarlo, ello nos mantendrá despiertos más tiempo. Otra estrategia útil para abordar la ansiedad de ejecución es ponerse a hacer lo contrario de lo que queremos lograr. En el caso del insomnio, ello implica irse a la cama a la hora de acostarse como estaba previsto, pero en lugar de tratar de dormirnos, tenemos más bien que hacer el esfuerzo voluntario de mantenernos despiertos el mayor tiempo posible. Este método elimina la presión de conciliar el sueño rápidamente y genera un efecto paradójico, el sueño. En el caso de muchas personas que padecen insomnio, el día que dejan de tratar de controlar su sueño es el día que recuperan el control sobre el mismo.

5. Aprender a manejar los pensamientos intrusivos

Probablemente nos sucede que nos sentimos invadidos por pensamientos que irrumpen en nuestra mente y que son incontrolables. Estos pensamientos intrusivos pueden perfectamente impedirnos conciliar el sueño al comienzo de la noche y mantenernos desvelados después de despertarnos por la noche. Esta activación de la mente es tanto una consecuencia asociada al hecho de habernos despertado como una de las causas del despertar. Si estos pensamientos tienen que ver con nuestro trabajo o con problemas que tenemos durante el día, digámonos que ya tenemos suficientes horas en el día como para ponernos a pensar en estas cosas en este preciso momento, sin necesidad de que estos pensamientos vengan a asaltarnos por la noche. Otra estrategia útil para manejar estos pensamientos consiste en ordenarlos en compartimentos separados según su contenido; para ello, puede que sea preferible que nos levantemos, los apuntemos por escrito y nos digamos algo por el estilo de: "Mañana me ocuparé de esto".

Del mismo modo que no debemos tratar de controlar el sueño, es preferible que no intentemos con demasiado ardor controlar nuestros pensamientos por la noche. A fuerza de querer controlar demasiado nuestros pensamientos, nos aseguraremos de ahuyentar el sueño una y otra vez. Es mejor que dejemos nuestros pensamientos vagar, que vengan y se vayan. Los métodos de relajación que se describen en el próximo capítulo también pueden ser muy útiles para deshacerse de estos intrusos.

6. No dramatizar después de pasar una mala noche de sueño

A veces, los pensamientos intrusivos se trasforman en pensamientos catastrofistas. Como en una reacción en cadena, la aprensión se instala gradualmente al anochecer para dar lugar a la

ansiedad de ejecución a la hora de acostarse y finalmente a un ataque de pánico durante la noche. Algunas personas tienen miedo de que el insomnio pueda tener consecuencias graves para su salud física o mental; unos consideran que el hecho de no dormir bien es lo peor que les puede pasar; otros están seguros de que el insomnio es un signo de que han perdido completamente el control sobre sus vidas.

Aunque nos hayamos desvelado durante horas o nos hayamos pasado la noche en blanco, ¡no entremos en pánico! Evitemos dramatizar sobre la situación con pensamientos tales como: "¡No conseguiré aguantar de pie mañana!". Dramatizar sólo sirve para agravar las cosas. Adoptemos más bien una cierta distancia y preguntémonos: "¿Qué es lo peor que me puede pasar si no duermo esta noche?". Nos podemos decir: "Es verdad que estaré cansado, pero ya me las arreglaré con esta situación mañana" o "Tal vez deba reorganizar la agenda para mañana y poner el piloto automático". Para desdramatizar la situación, tengamos siempre presente que la consecuencia más previsible del insomnio es la somnolencia. Por tanto, si dormimos mal una noche, es probable que estemos más somnolientos la noche siguiente. Además, una buena noche de sueño suele ser habitualmente suficiente para volver a tenernos en pie. Recordemos también que aunque el insomnio sea desagradable, no es peligroso. Si tenemos miedo de que pueda ser perjudicial para nuestra salud, recordemos que el exceso de preocupación puede ser más nefasto para la salud que la falta de sueño en sí.

Una interpretación errónea de los problemas de sueño transitorios suele ser un factor desencadenante del insomnio crónico. El insomnio puede ser más penoso si lo percibimos como el reflejo de una pérdida de control personal que si lo valoramos en términos de posibles circunstancias atenuantes. Por ejemplo, conside-

rar una mala noche como el resultado de haber tenido un día difícil en el trabajo o de conflictos familiares en casa puede ser más productivo que interpretarlo como el reflejo de una pérdida de control sobre nuestra capacidad de dormir. La última interpretación puede generar ansiedad de ejecución y una sensación de impotencia, lo que agrava el problema de sueño.

La falta de explicación cuando pasamos una noche de insomnio suele ser con frecuencia el aspecto más penoso del problema; ello puede reforzar nuestra convicción personal de que el sueño es imprevisible. Miremos a nuestro alrededor y procedamos a identificar las posibles causas del insomnio. Revisando detenidamente las actividades, las preocupaciones, los problemas durante el día o la noche anterior, descubriremos casi siempre algunas razones que pueden explicar por qué nuestro sueño se ha visto alterado precisamente esta noche. Y si no llegamos a identificar una causa probable, aceptemos el hecho de que tal vez no hubiera nada de particular que pudiera explicar esta mala noche, y pasemos a otra cosa.

7. No poner demasiado el acento en el sueño

Para algunas personas, el sueño es la esencia misma de su existencia. Hablan de él de la misma manera que la gente con hambre habla de la comida. Planifican sus jornadas laborales y sus actividades sociales y familiares según la calidad y la duración de su sueño. Si no duermen adecuadamente, se toman una baja por enfermedad o anulan sus compromisos. Obrar de este modo a causa de haber pasado una mala noche refuerza la idea de que somos unas víctimas. Concederle tanta importancia al sueño aumenta la presión que nos imponemos nosotros mismos para

tener una buena noche de sueño la noche siguiente. Ello refuerza también la creencia de que el insomnio destruye efectivamente nuestra calidad de vida. Dado que se supone que el sueño ocupa únicamente un tercio de nuestra vida, preguntémonos si no le estaremos concediendo más importancia de la que le corresponde. No dejemos que el insomnio dirija nuestra vida.

8. Desarrollar una cierta tolerancia a los efectos del insomnio

En lugar de darle vueltas al insomnio y a los efectos nefastos que tiene sobre nuestra vida, tratemos de concebir un enfoque más productivo desarrollando una cierta tolerancia ante la falta de sueño. Tratemos de seguir con nuestra rutina habitual y con las actividades que habíamos planeado. No es fácil, pero ello desviará nuestra atención del insomnio y puede incluso que nos demuestre que el funcionamiento diurno no depende enteramente del sueño de la noche anterior. Podemos planificar una actividad agradable después de pasar una mala noche, para demostrarnos que el insomnio no nos impide hacer lo que queremos. Acordémonos del experimento que describimos más arriba para generar energía.

Otra estrategia útil es mantener la velocidad de crucero al día siguiente. Ello no significa anular nuestras actividades, sino más bien reorganizar nuestro horario. Primero, reduzcamos al mínimo los problemas a resolver porque puede que todo nos parezca más complicado o más difícil de resolver de lo que verdaderamente es. Segundo, realicemos las tareas físicas o mecánicas que podamos haber ido dejando para más tarde desde hace algún tiempo; estas tareas requieren menos concentración y energía mental que las otras actividades. Tercero, si tenemos que realizar algunas tareas más exigentes, podemos hacerlas coincidir con un período en el

que nuestro funcionamiento se encuentre habitualmente en su mejor momento.

Tengamos o no dificultades para dormir, la vida debe continuar. Tratemos de desarrollar una cierta tolerancia ante la falta de sueño y ante sus secuelas. Si bien el insomnio puede disminuir nuestra calidad de vida, no dejemos que controle la totalidad de nuestra vida. El objetivo consiste en adoptar una actitud más productiva de tal suerte que podamos funcionar adecuadamente y disfrutar de la vida a pesar de las dificultades para dormir. No somos impotentes frente a esta situación.

9. Prevenir las recaídas

Es absolutamente natural que necesitemos un cierto tiempo antes de poder recuperar la sensación de control sobre nuestro sueño. También tendremos probablemente nuestros altibajos, e incluso después de que nuestro sueño se haya estabilizado es posible que tengamos insomnio de cuando en cuando. Aunque la curación completa pueda ser un objetivo ideal, la realidad es que probablemente tendremos algunos problemas de sueño residuales incluso después de haber finalizado el tratamiento. Para prevenir una recaída, debemos ver estas malas noches de sueño como algo natural o como el resultado de causas identificables (estrés en el trabajo, conflictos con la pareja) más que como un signo de que estamos volviendo al punto de partida. Vigilemos nuestras actitudes y nuestros pensamientos cuando le hagamos frente a ciertas dificultades residuales después del tratamiento. Cambiando la interpretación que hacemos de una noche ocasional de insomnio, podremos prevenir o atajar una recaída antes de que se convierta en una vuelta al insomnio crónico.

En resumen, todos tenemos una serie de creencias, pensamientos y expectativas. Algunas de ellas pueden ser válidas, mientras que otras son más bien erróneas o desadaptadas y alimentan el problema del insomnio. El insomnio puede verse agravado por la presión que supone la expectativa de cumplir ciertas normas de sueño, por las creencias erróneas sobre las causas del insomnio, y por las preocupaciones excesivas respecto de sus consecuencias. Revisando estas creencias y actitudes, podemos aprender a vencer el insomnio o, cuanto menos, abordar las dificultades ocasionales para dormir.

8

APRENDER A MANEJAR EL ESTRÉS

Son las 3.00 h de la madrugada y Sébastien está completamente desvelado. Lleva intentando dormirse desde hace más de una hora. A medida que pasa el tiempo, mira el despertador y cuenta el número de horas que faltan para levantarse. ¿Cómo va a poder aguantar mañana durante el día si no logra volver a dormirse ahora de noche? Su cuerpo está muy tenso; se concentra en la respiración, pero escucha los latidos de su corazón. Los pensamientos se agolpan en su cabeza y no logra desembarazarse de ellos. Piensa en el mal día que ha tenido. Se acuerda de la reunión con su jefe que ha salido mal. Piensa en todo el trabajo del despacho que tendría que terminar y se pregunta cómo va a conseguir acabarlo. Se ha saltado incluso la comida del mediodía, hasta tal punto se sentía desbordado. Camino de casa, se ha visto atrapado en un embotellamiento: ¡qué forma de perder un tiempo tan valioso! Una vez en casa, Sébastien se ha peleado con su mujer por ver quién va a llevar a los niños a la cita con el dentista que tienen al día siguiente. Después, se ha pasado la mayor parte del resto de la tarde intentando recuperar el tiempo

perdido y tratando de acabar el trabajo del despacho que no había terminado. No ha tenido un solo minuto para relajarse. Si no logra volver a dormirse enseguida, ¡estará completamente exhausto cuando se levante!

¿Nos resulta familiar esta situación? De ser así, no estamos solos. El estrés es una realidad que forma parte de la vida y es imposible evitarlo. El estrés puede agravar algunos problemas físicos tales como los dolores de cabeza, las úlceras y la hipertensión. Con toda evidencia, el estrés cotidiano puede mantenernos despiertos por la noche. Tal como dijimos en el capítulo 3, un acontecimiento de primera magnitud –la muerte de una persona cercana, la pérdida de un empleo o el nacimiento de un hijo– pueden precipitar el insomnio. Un estrés menos grave, pero más frecuente, también puede desencadenar o agravar las dificultades para dormir. La presión en el trabajo, los conflictos en casa, los problemas de relación y las preocupaciones económicas pueden traducirse en días estresantes y noches de insomnio. La falta de sueño en sí misma agrava entonces la situación. En este capítulo, propondremos algunas estrategias para manejar mejor el estrés y las contrariedades cotidianas que interfieren en la calidad de nuestra vida y de nuestro sueño.

La respuesta de "ataque o fuga"

Ya sean las frustraciones asociadas a los buzones de voz, la burocracia o incluso el ritmo desenfrenado del horario familiar, la sociedad nos asalta constantemente con una serie de demandas que exigen tiempo y paciencia. Sin embargo, el estrés se deriva en parte de nuestra percepción de estas demandas externas y

de nuestra manera de responder a ellas. Cuando las situaciones de nuestro entorno se perciben como amenazantes, el cuerpo reacciona con una respuesta de "ataque o fuga". Los músculos se tensan, el ritmo cardíaco y la respiración se acentúan, y las extremidades se enfrían y humedecen mientras que la sangre fluye hacia el tronco y la cabeza. Esta respuesta de ponerse en guardia es absolutamente adaptativa cuando nos vemos frente a un peligro real, como en el caso de una posible agresión o de un riesgo de resultar heridos en una situación peligrosa. La persona debe decidir entonces entre luchar o huir de la fuente de agresión. Ahora bien, cuando dicha reacción sobreviene reiteradamente dentro del contexto de las situaciones corrientes de la vida cotidiana tales como, por ejemplo, un retraso en una cita o un conflicto con un compañero de trabajo, la persona se agota y desarrolla dolencias emocionales o físicas. Las investigaciones sobre el estrés demuestran que las preocupaciones menores, pero presentes casi diariamente, generan unos efectos más negativos sobre la salud que los acontecimientos vitales más importantes, pero menos frecuentes.

¿Estamos estresados?

Tomémonos unos minutos para responder al test sobre el estrés que aparece más abajo. Si respondemos afirmativamente a más de la mitad de las preguntas, es muy posible que estemos estresados. Seguramente nos será beneficioso analizar más de cerca nuestro estilo de vida y nuestras prioridades. Una mejor gestión del estrés puede ayudarnos a sentirnos menos tensos durante el día y a dormir mejor por la noche.

Tabla 8.1

Test sobre el estrés

Vivo constantemente con presiones de tiempo.
Con frecuencia me siento desbordado por el exceso de demandas que tengo que cumplir.
A menudo debo posponer citas o pedir la ampliación de algún plazo.
Me preocupo mucho por el tema de la familia, el trabajo, la salud o el dinero.
Me enfado fácilmente con mis compañeros de trabajo, mis amigos o mis familiares.
Me impaciento con los demás.
Tiendo a interrumpir a la gente antes de que terminen de hablar.
Me resulta difícil concentrarme mucho tiempo en una tarea.
Me canso con facilidad, mental y físicamente.
Padezco afecciones físicas tales como insomnio, cefaleas tensionales y dolores de estómago.
Tengo dificultades para distenderme y disfrutar de la vida.
Me cuesta dejar el trabajo a un lado cuando vuelvo a casa.
Me cuesta encontrar tiempo para participar en actividades agradables con mi familia y los amigos.

Las personas que tienen problemas de sueño crónicos no están necesariamente bajo la influencia de unos acontecimientos más estresantes que las personas que duermen bien. Pero su respuesta a los acontecimientos suele ser menos adaptativa. Los insomnes tienen más dificultades para afrontar las contrariedades cotidianas. También, a raíz de un acontecimiento desagradable, tardan más tiempo en recuperarse y volver a un estado neutro; viene a ser como si su sistema de activación fisiológica y emocional se

mantuviera sobreexcitado. En el momento de ir a la cama, estas personas pueden seguir estando tensas a nivel físico y emocional, lo que lógicamente altera su sueño.

¿Cómo podemos manejar el estrés presente en nuestra vida?

Existen diversas estrategias para manejar el estrés, que van desde tomar un baño caliente, la relajación, el crucero por el Caribe, hasta los métodos alternativos –acupuntura, masajes, infusiones de hierbas. El coste y la eficacia de estos métodos varían ampliamente. En esta sección, pasaremos revista a diversos métodos prácticos y eficaces que nos permitirán controlar el estrés. Estos métodos están concebidos para: (1) reducir nuestra respuesta física y mental al estrés; (2) modificar nuestra evaluación (pensamientos, creencias, atribuciones) respecto de la situación percibida como estresante; y (3) cambiar o eliminar las circunstancias que generan nuestras reacciones de estrés. A continuación, procedamos a echar un vistazo a algunas técnicas para reducir el estrés dirigidas a cada uno de estos aspectos.

La respiración profunda

Lo creamos o no, el simple hecho de respirar puede generarnos estrés. En la reacción de "ataque o fuga", la respiración se vuelve más rápida y menos profunda. Esta aceleración de la respiración ayuda a la persona a prepararse para huir o para defenderse aprovisionando los músculos con un excedente de oxígeno que abastece las células. Mientras las células "queman", el oxígeno, el dióxido de carbono (CO_2) es eliminado bajo la forma de residuos que vuelven a la sangre, y después se elimina a través de los pul-

mones. Sobreviene un problema cuando el sujeto se siente amenazado y se moviliza para una respuesta de "ataque o fuga", sin no obstante aumentar su nivel de actividad. Ello sucede la mayoría de las veces con el estrés cotidiano. Es entonces cuando el delicado equilibrio entre el oxígeno y el dióxido de carbono dentro del cuerpo se desequilibra, generando una respiración más entrecortada y algunos de los síntomas siguientes: mareos, palpitaciones, opresión en el pecho, insensibilidad en las manos y los pies, miedo o ansiedad.

¿Hemos notado hasta qué punto un bebé que duerme parece calmado? Podemos ver su vientre moverse suavemente de abajo arriba mientras respira. La respiración abdominal es la respuesta natural del cuerpo cuando está completamente distendido. Cuando respiramos, podemos tomar el aire a nivel de tres secciones de los pulmones: la parte baja de los pulmones, que genera movimientos del diafragma y del abdomen; la parte media de los pulmones, que genera movimientos del pecho; y la parte alta de los pulmones, que genera movimientos de los hombros. El diafragma es el músculo más importante para aprender a relajarse. Son muchos los adultos que se olvidan de respirar profundamente partiendo de la base de los pulmones; se sirven más bien de una respiración rápida y superficial, que procede de la parte alta del pecho, que es más propia de un esfuerzo físico. Aprender a respirar profundamente a partir del abdomen puede ayudarnos a relajarnos y eliminar la tensión muscular durante el día y a la hora de acostarnos. Veamos cómo debemos proceder.

Pongámonos cómodos y coloquemos una mano sobre el abdomen y la otra en la parte alta del pecho. Inspiremos lenta y profundamente por la nariz. Tratemos de dejar que el aire se infiltre hasta la base de los pulmones. Debemos sentir que la mano que

tenemos sobre el abdomen se mueve suavemente. Si la mano que tenemos colocada sobre el pecho se mueve primero, todavía estamos respirando demasiado superficialmente. Inspiremos y expiremos hasta que sintamos moverse la mano que tenemos sobre el abdomen. Si somos incapaces de desplazar el aire hasta la base de los pulmones, tendámonos en horizontal con un libro encima del abdomen. Tratemos de hacer que se mueva el libro mientras respiramos profundamente. Una vez que logremos respirar partiendo de la base de los pulmones, practiquemos esta respiración durante unos minutos, varias veces al día. Puede ser útil contar en silencio 1.000, 1.001, 1.002 cuando inspiramos por la nariz, y 1.003, 1.004, 1.005 cuando expiramos por la boca. Hagamos una pausa de un segundo antes de volver a empezar. Al dirigir la atención a nuestra respiración, sentiremos que nuestro cuerpo se relaja. A medida que seguimos respirando hondo, indiquémosle a nuestro cuerpo que se relaje cada vez más profundamente. Utilicemos la respiración del diafragma cada vez que sintamos alguna tensión: en una situación conflictiva con alguna otra persona, conduciendo, cuando nos sintamos alterados por pensamientos negativos o, sencillamente, cuando no logremos conciliar el sueño.

La relajación muscular

La mayoría de la gente no son conscientes de las tensiones que se derivan de la reacción de "ataque o fuga" que surge durante las situaciones estresantes. El primer paso para reducir esta tensión muscular consiste en desarrollar una mayor conciencia a medida que ésta se va acumulando en el cuerpo. Cuanto más rápidamente tomemos conciencia de la tensión, en mejores condiciones estaremos de controlarla eficazmente.

La relajación progresiva de los músculos es una técnica de relajación profunda desarrollada por el Dr. Edmond Jacobson en el año 1929. Es el método de relajación más frecuentemente utilizado para los problemas relacionados con el estrés, tales como el insomnio, las cefaleas tensionales o incluso algunos problemas gastrointestinales o dermatológicos. La relajación es en cierto sentido para los psicólogos lo que la aspirina para los médicos. La relajación progresiva de los músculos consiste en tensar y relajar alternativamente una serie de grupos de músculos del cuerpo. La técnica es sencilla de aprender, pero debemos practicarla todos los días, durante aproximadamente unos 20 minutos cada sesión. Asegurémonos de desconectar el teléfono y hagamos saber a los ocupantes de la casa que no estaremos disponibles durante este período de tiempo. Al cabo de llevar una semana o dos de práctica, podemos empezar a acortar las sesiones de relajación agrupando los músculos. Gracias al entrenamiento asiduo, podremos en un momento dado hacer que nuestro cuerpo se relaje a voluntad. Así, desde el momento en que advirtamos el inicio de alguna tensión, bastará con que nos digamos simplemente: "relájate". La lista que aparece más abajo resume los principales grupos de músculos implicados en la relajación progresiva:

1. Manos y brazos;
2. Frente, cuero cabelludo, ojos y nariz;
3. Parte baja de las mejillas, boca, labios, mandíbulas y barbilla;
4. Cuello y garganta;
5. Hombros, pecho y parte alta de la espalda;
6. Abdomen y parte inferior de la espalda;
7. Nalgas;
8. Pies y piernas.

Directrices

Es importante que practiquemos nuestros ejercicios de relajación en un momento en el que nos sintamos particularmente tensos o estresados, de manera que podamos movilizar nuestras energías y concentrarnos de una forma más eficaz en la adquisición de esta nueva habilidad. Comencemos por colocarnos en una posición cómoda, desatémonos el cinturón, el cuello, los zapatos, y así sucesivamente. Podemos tumbarnos si lo deseamos. Si nos sentamos, elijamos una silla cómoda con el respaldo derecho. Por razones de concisión, daremos las siguientes directrices considerando que estamos sentados, pero podemos modificarlas para ajustarlas a nuestra posición.

Mantengamos los pies con las plantas pegadas al suelo y las piernas descruzadas. Coloquemos los brazos y las manos cerca del cuerpo o sobre el brazo de la silla. Primero debemos leer el texto que viene a continuación varias veces a fin de familiarizarnos con los procedimientos de base. Entonces podremos cerrar los ojos y concentrarnos en nuestra respiración. Con cada respiración, dejemos que nuestro cuerpo se vaya relajando cada vez más. A continuación, comencemos los ejercicios de tensión y de relajación, en alternancia. Para todos los grupos musculares, la tensión debe durar alrededor de unos 5 segundos y la relajación alrededor de unos 20 segundos. Debemos tensar los músculos lo suficiente como para sentirnos incómodos, pero no hasta el punto de sentir dolor. La secuencia es: (1) tensar; (2) dirigir la atención a la sensación de tensión; (3) relajar; y (4) disfrutar de la sensación agradable.

Comencemos por la *mano o* el *brazo* dominante. Primero apretando el puño. Al mismo tiempo, tensemos los músculos del antebrazo y de la cara superior del brazo. Sintamos cómo el bíceps se

agranda y se tensa bajo nuestra piel. Mantengamos la tensión. Advirtamos la sensación en los músculos cuando están tensos y tirantes. Ahora, relajemos los músculos. Dejemos que el brazo se hunda en la silla, que se relaje cada vez más profundamente. Dejemos los dedos ligeramente extendidos. Sintamos cómo los dedos se desenroscan, se alargan. Dejemos que todos los músculos se distiendan y se relajen. Notemos que nuestro brazo está pesado y aumenta de temperatura. Notemos la diferencia en la sensación de nuestros músculos ahora que están relajados. Repitamos la tensión y la relajación de la mano o del brazo dominante. Ahora, hagamos el ejercicio con la mano y el brazo no dominantes y repitámoslo dos veces, creando una tensión, manteniéndola, liberándola, y relajando el músculo.

A continuación, dirijamos la atención a la parte superior de la cabeza. Arruguemos la *frente* de manera que frunzamos las cejas. Sintamos cómo se tensa el cuero cabelludo. Cerremos los ojos lo bastante fuerte como para sentir una tensión muscular. Dilatemos las ventanas nasales. Sintamos la tensión a través de la frente y de las cejas. Notemos la tensión en los ojos, en las mejillas y en la nariz. Dirijamos la atención a lo que sentimos cuando los músculos están tensos. Relajémonos. Dejemos que desaparezca la tensión. Dejemos que la frente de distienda. Dejemos que los párpados se relajen. Sintamos que los párpados se vuelven más pesados. Dejemos que las ventanas nasales vuelvan a su posición inicial. Sintamos la sensación de calor extendiéndose por el cuero cabelludo, alrededor de los ojos, las mejillas y la nariz. Disfrutemos de la sensación de relajación. Repitamos los ejercicios de tensión y de relajación de la parte superior de la cabeza.

Concentrémonos ahora en la parte inferior. Apretemos los *dientes* con fuerza, pero con cuidado de no apretarlos demasiado

fuerte para no provocar dolor. Empujemos la lengua contra el paladar. Cerremos los labios y tiremos de la boca hacia atrás. Notemos la tensión en la mandíbula y en la boca. Después, soltémonos. Relajémonos. Dejemos de apretar los dientes. Relajemos la mandíbula. Dejemos que los labios se entreabran suavemente. Repitamos el ejercicio correspondiente a la parte inferior de la cabeza. Tomémonos un tiempo para tomar conciencia de la sensación de relajación avanzando por las puntas de los dedos y por los brazos, circulando por la frente, los ojos, la nariz, las mejillas, la boca y la mandíbula. Disfrutemos de la sensación de relajación.

Concentrémonos ahora en el *cuello*. Empujemos la cabeza hacia atrás tan lejos como podamos. Sintamos que los músculos de la garganta y de la nuca se tensan y se estiran. Mantengamos la tensión y después relajémonos. Dejemos que la cabeza vuelva a su posición normal. Deberemos sentirnos relajados, como si la cabeza estuviera posada encima del cuello, sostenida suavemente por un balón invisible. Repitamos la secuencia de tensión y de relajación; a continuación, llevemos la cabeza hacia adelante hasta que la barbilla toque el pecho. Sintamos cómo la rigidez se extiende por detrás del cuello hasta los hombros. Notemos la sensación mientras los músculos están tensos y después relajémonos. Dejemos que la cabeza vuelva a su posición normal. Sintamos cómo los músculos se distienden y se relajan. Sintamos cómo desaparece la tensión. Repitamos el ejercicio.

Elevemos los *hombros* en dirección a las orejas. Sintamos cómo los músculos de los hombros y de la parte alta de la espalda se tensan y se estiran. Empujemos los hombros hacia atrás y sintamos la tensión atravesando el pecho. Sintamos la contracción de los músculos de la parte alta de la espalda entre los omóplatos. Relajémonos. Dejemos que los hombros desciendan nue-

vamente a su posición de reposo. Sintamos cómo se ensancha el espacio entre los omóplatos. Sintamos cómo los hombros descienden nuevamente cada vez más. Repitamos el ejercicio.

Concentrémonos en el *abdomen*, contrayendo el estómago hacia adentro, al tiempo que inspiramos con la parte superior del pecho. Contengamos la respiración y sintamos la rigidez de los músculos abdominales, a continuación expiremos y llenemos la cavidad abdominal de oxígeno dejando que el abdomen se extienda ligeramente. Sigamos respirando lenta y profundamente, sintiendo la distensión en todos los músculos del abdomen. Repitamos la secuencia de tensión y de relajación del abdomen.

Concentrémonos en las *nalgas* y apretémoslas. Mantengamos la tensión y después relajémonos. Sintamos cómo el cuerpo se hunde en la silla y se relaja cada vez más. Repitamos el ejercicio. Ahora, generemos una tensión en el *pie* y la *pierna* dominantes, presionando el talón contra el suelo y estirando los dedos de los pies hacia el techo. Sintamos la tensión recorriendo los dedos de los pies hasta llegar al pie, atravesando la tibia, la pantorrilla y el muslo. Sintamos cómo los músculos se tensan y se estiran. Notemos la tensión, después relajémonos. Dejemos que el pie se apoye lentamente en el suelo. Dejemos que los músculos se distiendan. Sintamos que la pantorrilla se relaja, la pierna, pesada y cálida, se hunde en la comodidad de la silla. Repitamos el ejercicio, y después dirijamos la atención al pie y a la pierna no dominantes, y procedamos a hacer la tensión y la relajación dos veces.

Ya hemos acabado los ejercicios de tensión de las diferentes partes del cuerpo. Notemos la sensación de relajación que invade todo nuestro cuerpo. Llevemos la atención a las diferentes partes de nuestro cuerpo a fin de verificar si todavía sentimos alguna tensión en algún punto. De ser así, dejemos que desapa-

rezca y relajémonos. Llevemos la atención a las manos y a los brazos, la frente, los ojos la nariz, la boca y la mandíbula. Relajémonos. Repasemos el cuello, la nuca y los hombros, y relajemos estos músculos. La espalda y el pecho. Dejemos que se vaya toda la tensión que todavía persista. Repasemos el abdomen. Dejemos que el aire llene suavemente el abdomen mientras hacemos unas respiraciones lentas y profundas. Repasemos las nalgas y relajémoslas. Repasemos las piernas, los muslos, las pantorrillas y los pies. Tomémonos un momento para disfrutar de la sensación de relajación a través de nuestro cuerpo. Después, contemos al revés del tres al uno, y abramos los ojos, sintiéndonos relajados y descansados. Tres, dos, uno, y abrimos los ojos. Felicitémonos por el hecho de que nuestra sesión de relajación haya salido bien.

Tabla 8.2
Agenda de relajación

Día	Hora	Nivel de estrés/tensión		Comentarios
		Antes	Después	
(Ejemplos)	11.45 h 22.45 h	9 7	4 2	Presionado por el tiempo Preocupaciones respecto de la agenda del día siguiente
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Es importante llevar una agenda diaria de los ejercicios de relajación. Podemos hacer una copia de la tabla 8.2 y anotar el día y la hora cada vez que practiquemos la relajación, de la manera siguiente. Cada día, antes de comenzar el ejercicio de relajación, evaluemos hasta qué punto nos sentimos relajados o tensos, en una escala del 1 al 10, correspondiendo el 1 a un estado de total relajación y el 10 a un estado de rigidez y de tensión extrema. Después de realizar los ejercicios, valoremos nuevamente nuestro nivel de relajación. Cuando llevemos practicando la relajación progresiva de los músculos durante aproximadamente unas dos semanas y nuestros resultados nos indiquen que nos sentimos más relajados, podemos comenzar a acortar los ejercicios de relajación progresiva de los músculos. Una manera de proceder consiste en agrupar conjuntamente un mayor número de músculos. Por ejemplo, podemos agrupar todos los músculos de la parte superior del cuerpo, creando una tensión y relajando al mismo tiempo las manos y los brazos, los hombros, el pecho y la parte alta de la espalda. También podemos agrupar todos los músculos de la cabeza y de la cara. Podemos agrupar los músculos del abdomen y las nalgas, al igual que los músculos de las piernas y los pies. Otra manera de acortar la duración de los ejercicios es tensar y relajar los dos brazos al mismo tiempo. También podemos realizar el ejercicio con las dos piernas simultáneamente.

Cuando dominemos esta técnica de la relajación progresiva, podemos omitir la tensión en los músculos y concentrarnos exclusivamente en la relajación. Así, cuando notemos un inicio de tensión, sólo tendremos que darnos la directriz de relajar un grupo muscular en particular. En un momento dado, podremos

indicarle a nuestro cuerpo que se relaje a voluntad y lograremos distendernos simplemente con decir "relájate". Llegados a esta fase, habremos logrado condicionar nuestro cuerpo para que se relaje a partir de una señal. Podremos en lo sucesivo utilizar esta señal para ayudarnos a relajarnos en situaciones en las que el estrés sea elevado. Acordémonos siempre de permanecer atentos a nuestro cuerpo a fin de descubrir las fuentes de tensión rápidamente y utilizar esta señal para los lugares específicos de nuestro cuerpo que tiendan a estar más tensos.

Para algunas personas, la parte de la tensión de los músculos puede generar distracción y perjudicar el aprendizaje de la relajación. Para otras personas, que padecen artritis, puede ser incluso doloroso. Si ello nos supone algún problema, es preferible omitir la parte del ejercicio correspondiente a la tensión muscular.

Las imágenes mentales

En lugar de dirigir la atención a la sensación somática derivada de la relajación muscular, algunos métodos para reducir el estrés se centran en la utilización de imágenes para alcanzar un estado de profunda relajación mental y física. A continuación tenemos una escena imaginaria que podemos probar. También podemos inventarnos nuestra propia escena imaginaria mental que pueda ser más sosegante para nosotros.

> Un día de playa: Coloquémonos en una posición cómoda, cerremos los ojos y concentrémonos en la respiración. Hagamos respiraciones profundas, llenando el abdomen de aire y dejando que el aire eleve los pulmones suavemente. Sintamos cómo nuestro cuerpo se destensa cada vez más. A continuación, ima-

ginémonos caminando por un sendero entre dos dunas de arena blanca. A lo lejos, podemos ver el mar. La arena se desliza suavemente a lo largo de nuestras piernas a medida que bajamos por el sendero. Nos encontramos ahora en una larga playa desierta. La arena es de un blanco deslumbrante y sentimos el calor que se desprende suavemente de ella. Sintamos la calidez de la arena bajo nuestros pies desnudos. El día es claro y el sol brilla con un resplandor muy vivo. Sentimos los rayos del sol detrás de la espalda, penetrando nuestro cuerpo, llenándonos con su calor. Tomemos ahora conciencia de los sonidos que nos rodean. Escuchemos el ruido de las olas sobre la ribera y las gaviotas graznando a lo lejos. A continuación, mientras caminamos por la orilla, sintamos la arena húmeda y fresca bajo nuestros pies. Cada vez que las olas rompen en la orilla, sentimos que nuestras tensiones van desapareciendo progresivamente. Cada vez que el mar se retira, la arena se desliza bajo nuestros pies y sentimos que la tensión se evapora. El calor del sol nos llena de paz y de alegría, y el mar elimina nuestras tensiones. Es un día perfecto. Es un sitio ideal. Podemos volver a él cada vez que nos sintamos tensos o preocupados. A continuación, saludemos al mar y agradezcámosle al sol sus rayos relajantes. Retomemos el sendero y volvamos a la habitación en la que nos encontrábamos al empezar. Abramos los ojos y advirtamos lo distendidos que estamos.

A algunas personas les resulta más fácil relajarse utilizando esta modalidad de las imágenes mentales en lugar de concentrarse en las sensaciones físicas de la relajación muscular. Diversos métodos adicionales de imágenes mentales para reducir la tensión aparecen descritos en otros textos. Una de estas técnicas implica visualizar nuestra tensión con la ayuda de un color y de una forma, y a continuación cambiar de color y de forma. Después de hacer el ejercicio, procedemos a eliminar la segunda for-

ma y el segundo color hasta sacarlos de nuestra conciencia. En otra modalidad de imágenes mentales, nos podemos imaginar nuestro cuerpo lleno de un determinado color en particular, que representa nuestras tensiones. A medida que nos imaginamos que el color va cambiando hacia otro color que simboliza un estado de relajación profunda y de paz interior, también podemos sentir una sensación física de relajación.

La autohipnosis

La relajación hipnótica puede ser un método eficaz para manejar el estrés. Las ondas alfa están presentes durante el trance hipnótico. Estas mismas ondas son características del período transitorio de relajación que hace de puente entre la vigilia y el sueño. Una técnica que permite la inducción de la autohipnosis consiste en mirar fijamente a un pequeño punto en el techo por encima y detrás del campo de visión. Mirar fijamente a una vela u otro objeto también puede funcionar. Comencemos la inducción de la autohipnosis colocándonos en una posición cómoda. Mientras miramos fijamente el objeto o el punto, digámonos que nuestros párpados se vuelven cada vez más pesados, que tenemos atados unos pequeños lastres que tiran de ellos hacia abajo. Sintamos cómo los párpados se vuelven cada vez más pesados. Nos cuesta mantenerlos abiertos. Ya no podemos tenerlos abiertos por más tiempo.

A medida que proseguimos con esta forma de autosugestión, elijamos una palabra que podamos decir cuando nuestros párpados se cierren, una palabra que nos resulte relajante. Repitamos esta palabra lentamente cuando nuestros párpados se cierren. Con el tiempo, esta palabra por sí sola podrá bastar para inducir

un trance. Con los ojos cerrados, digámonos que nos sentimos cada vez más distendidos. Imaginémonos descendiendo –por una escalera, un ascensor o un túnel. Digámonos que vamos bajando cada vez más profundo. Digámonos que podemos salir del trance cuando queramos. Podemos subir las escaleras o por el ascensor contando al revés. Digámonos que nos vamos a despertar, sintiéndonos relajados y en paz.

Este ejercicio puede sernos útil, pero también hay que reconocer que la hipnosis no está hecha para todo el mundo. Dado que el objetivo de este capítulo no pretende tratar más en profundidad esta técnica, podemos consultar a un psicológico con una formación específica en hipnoterapia para recabar más información sobre este método.

La meditación

La meditación es un ejercicio mental que puede ralentizar el metabolismo del cuerpo y el ritmo de la respiración, y aumentar las ondas alfa del cerebro que están presentes en los estados de relajación profunda. La meditación también puede ayudar a aliviar la tensión muscular y la ansiedad. También se ha utilizado para ayudar a la gente a dejar de fumar, a manejar el estrés y a vencer el insomnio. El objetivo de la meditación consiste en acceder al control de nuestra atención con ayuda de la concentración en un objeto. En un mundo en el que la gente está constantemente bombardeada por los estímulos, la meditación puede ayudar a concentrarse en aquello que es más importante e ignorar las situaciones de menor importancia que con frecuencia suelen generar el estrés.

Para aprender a meditar, busquemos un lugar tranquilo. Pongámonos en una posición cómoda y relajemos los músculos,

pero pasivamente. Podemos elegir centrar nuestra atención en un objeto físico, una palabra o un sonido repetido. Respiremos de forma regular. No tratemos de modificar nuestra manera de respirar. Si hemos elegido concentrarnos en una palabra o en un sonido, repitámoslo en silencio para nosotros mismos junto con cada inspiración y expiración. Por ejemplo, repitamos en nuestra cabeza la palabra "uno" al inspirar y la palabra "dos" al expirar. Si hemos elegido concentrarnos en un objeto, sostengamos el objeto (una vela, una piedra o una joya) en nuestras manos, de manera que podamos visualizarlo fácilmente. Podemos girarlo o acariciarlo a fin de impregnar plenamente nuestros sentidos visuales y táctiles. Vivamos la experiencia del objeto de la forma más completa que nos sea posible. Ya sea que nos concentremos en un objeto, en un sonido o en una palabra, no tratemos de controlar nuestros pensamientos. Cuando los pensamientos atraviesen nuestra mente, dejémoslos pasar mientras seguimos concentrándonos en nuestra palabra, objeto o sonido. No nos preocupemos si nos distraemos con los pensamientos. Dejémoslos ir sin más y concentremos la atención en nuestra palabra, objeto o sonido. No tratemos de evaluar cómo lo estamos haciendo. No es eso lo importante. Adoptemos una actitud pasiva y abierta. Sigamos meditando durante unos 20 minutos, después abramos los ojos o bien dejemos de concentrarnos en nuestro objeto. Cuando dejemos de meditar, reservemos unos minutos para que nuestro cuerpo vuelva a equilibrarse antes de retomar nuestras ocupaciones habituales.

Algunas advertencias

Para aprovechar los beneficios de cualquier procedimiento de relajación, debemos practicarlo con regularidad. Si siempre encontramos alguna excusa del estilo de "Estoy muy ocupado",

probablemente en ese caso seamos del tipo de personas ¡que más lo necesitan! Busquemos un lugar tranquilo y un momento en el que no nos molesten. Hagamos de ello una prioridad y repitámoslo todos los días durante al menos dos semanas. Es importante que practiquemos primero durante el día y, una vez que dominemos la técnica de relajación elegida, podemos utilizarla a la hora de acostarnos o después de despertarnos por la noche.

Aunque tengamos que hacer un esfuerzo constante, ¡no exageremos! Intentar relajarse con demasiada intensidad puede, paradójicamente, llevar a la ansiedad de ejecución. Seamos pacientes y valoremos simplemente el hecho de tener un poco de tiempo para distendernos, sin por ello estar a la espera de unos resultados inmediatos para mejorar nuestro sueño. Si después de tres o cuatro semanas de practicar asiduamente no sentimos que ello nos sirve de ayuda, es posible sencillamente que no esté hecho para nosotros. No todo el mundo es un buen candidato a las intervenciones basadas en la relajación. Por ejemplo, la hipnosis es más eficaz en el caso de la gente que tiene un nivel elevado de sugestionabilidad.

Existen en el mercado grabaciones en CD o en cassettes de los ejercicios de relajación, de imágenes mentales y del procedimiento de autohipnosis. Estas grabaciones pueden ser muy útiles en la fase inicial del entrenamiento. Sin embargo, a largo plazo, deberemos estar en condiciones de dominar estas habilidades sin tener que recurrir a estas ayudas externas. El objetivo último consiste en desarrollar un control personal y poder utilizar estas habilidades para manejar el estrés siempre que lo necesitemos. Finalmente, recordemos que ningún método de relajación tiene efectos inmediatos y que no existe ninguna receta mágica. Estos métodos deben ser considerados como instrumentos para ayudarnos a manejar el estrés y a mejorar nuestro sueño.

Modificar los pensamientos que provocan el estrés

¿Por qué determinadas personas reaccionan con una respuesta de "ataque o fuga" frente a situaciones no amenazantes de la vida cotidiana? De hecho, suele ser la interpretación de una situación la que determina el tipo de respuesta a dicha situación. Toda situación que se perciba como amenazante, lo sea o no en realidad, puede generar una respuesta de "ataque o fuga". Las reacciones emocionales (estrés, ansiedad, depresión) están en parte moduladas por la percepción de nuestro entorno, del mundo en general y de nosotros mismos. Nuestro pensamiento está constantemente trabajando, interpretando las situaciones de todos los días y dándonos sigilosamente "feedback" respecto de las mismas. A veces, somos conscientes de este "feedback" mental, pero la mayoría de las veces suele estar fuera de nuestra conciencia. El Dr. Aaron T. Beck, psiquiatra y pionero de la terapia cognitiva, llama a estos mensajes silenciosos "pensamientos automáticos". Los pensamientos automáticos que sostenemos son a veces negativos y deformados, disminuyendo nuestra autoestima y afectando a nuestras relaciones con los demás.

Tomemos los siguientes ejemplos. Vemos a dos compañeros de trabajo que están departiendo juntos a la hora de comer. Nos sentamos a la mesa e inmediatamente se quedan en silencio. Podemos interpretar esta situación de muchas maneras. Podemos pensar: "No les caigo bien, porque no quieren hacerme partícipe del tema de su discusión". En otras palabras, interpretamos su silencio como una amenaza a nuestra relación con ellos y a nuestra autoestima. Este pensamiento puede generar sentimientos de rechazo o de enfado, lo que nos conduciría a mantenernos al mar-

gen o a guardarles rencor a estos compañeros. Más adelante, en ese mismo día, podemos tomar conciencia de la presencia en nosotros de algunos problemas físicos –dolor de estómago o dolor de cabeza. También podemos sentirnos irritables y bruscos con otros compañeros. Sin embargo, existe otra forma de interpretar esta misma situación. Cuando vemos que nuestros compañeros interrumpen bruscamente su conversación, también podemos pensar: "Deben estar hablando de algún tema confidencial que no me concierne. Tienen una gran integridad moral". Esta interpretación, mucho más adaptativa, no amenaza nuestra autoestima ni genera reacciones negativas.

Una buena forma de manejar el estrés cotidiano de la vida consiste en prestar atención y modificar determinadas interpretaciones que hacemos de las situaciones que parecen amenazantes a primera vista. Para ello, debemos primeramente tomar conciencia de los pensamientos que sostenemos a propósito de una situación y que provocan la aparición de emociones desagradables. Si no estamos habituados a prestar atención a nuestro discurso interno, es posible que debamos proceder a la inversa, es decir, identificando los sentimientos negativos vivenciados y a continuación los pensamientos que los han provocado. Así, una vez que ya hemos reaccionado a alguna situación sintiéndonos enfadados, preocupados o deprimidos, tomemos una cierta perspectiva y preguntémonos: "¿Qué me estoy diciendo en relación con esta situación?". "¿Mi percepción o mi interpretación de esta situación es válida?". Con el tiempo, seremos capaces de identificar los pensamientos que generan el estrés antes incluso de que nuestra reacción de estrés se escape a nuestro control. Una vez que logremos identificar los pensamientos que conducen a los sentimientos o las reacciones negativas, procedamos a evaluar la validez de estos pensa-

mientos automáticos. Verifiquemos los hechos tal y como son en realidad. Preguntemos a los demás de qué forma interpretarían ellos la misma situación. Revisemos la situación partiendo de perspectivas diferentes.

El Dr. Beck describe una serie de errores cognitivos o de pensamientos erróneos que pueden alterar el tratamiento de la información ante una situación dada. Verifiquemos si se da el caso de que cometamos alguno de los errores siguientes:

1. La sobregeneralización (evidencia extraída a partir de un ejemplo o de una experiencia específica, que aplicamos de forma errónea a todas las restantes situaciones futuras);
2. El pensamiento de todo o nada (categorizar que algo es o lo uno o lo otro, o todo negro o todo blanco; la ausencia de término medio);
3. La dramatización (imaginarse lo peor que puede suceder o exagerar lo que podría suceder hasta llegar a unas proporciones extremas);
4. La atención selectiva (concentrarse únicamente en lo negativo, excluyendo sistemáticamente lo positivo);
5. La personalización (interpretar un acontecimiento externo como el reflejo de un aspecto negativo de uno mismo);
6. La etiquetación (tomar un ejemplo de un comportamiento específico y hacer de ello una regla negativa característica de la persona).

Vimos en el capítulo 7 cómo estos mismos errores o distorsiones pueden alimentar el círculo vicioso del insomnio. También es fácil ver cómo una forma negativa de pensar puede llevar a alguien a sentirse estresado o deprimido. Nuestros pensamientos negativos o deformados en relación con una determinada expe-

riencia suelen ser el resultado de expectativas poco realistas respecto de una situación o de otras personas. Los "debo de" y los "es preciso que" derivan de unas normas rígidas con frecuencia impuestas por nosotros mismos o bien las demás personas de nuestro entorno. La imposibilidad de abandonar estas normas rígidas puede generar sentimientos de depresión, rabia o decepción. El Dr. Albert Ellis, psicólogo y padre de la terapia racional-emotiva, sostiene que existen diversas creencias irracionales fundamentales que generan pensamientos negativos. Procedamos a leer los siguientes enunciados y tratemos de identificar aquellos que hacemos nuestros personalmente:

1. Es una necesidad absoluta para una persona adulta obtener el amor y la aprobación de los compañeros, de la familia y de los amigos.
2. Debemos ser infaliblemente competentes y casi perfectos en todo lo que emprendamos.
3. Algunas personas son malas, malvadas e innobles, y deberían ser castigadas.
4. Es espantoso que la gente y que las cosas no sean como querríamos que fueran.
5. Los acontecimientos externos son responsables de la miseria humana; la gente se limita a reaccionar ante estos acontecimientos de acuerdo con las emociones que los mismos desencadenan.
6. Debemos sentir miedo o ansiedad respecto de todo lo que sea desconocido, incierto o potencialmente peligroso.
7. Es más fácil evitar las dificultades y las responsabilidades de la vida que hacerles frente.
8. Necesitamos tener a alguien más fuerte o más grande que nosotros en quien podamos confiar.

9. El pasado permite en gran parte determinar el presente.
10. La inacción, la pasividad y el ocio en abundancia permiten alcanzar la felicidad.

Después de haber identificado las creencias irracionales y los errores cognitivos que caracterizan nuestro modo de pensar, hay que aprender a modificarlos sustituyéndolos por otros pensamientos más positivos o constructivos. No nos desanimemos si nuestros primeros intentos de modificar nuestro modo de pensar no generan unos cambios inmediatos. La sustitución de unos pensamientos por otros requiere mucha práctica. A veces resulta útil escribir en cartulinas los pensamientos más adaptativos respecto de ciertas situaciones específicas, y ponerlas en un lugar en el que sean fácilmente visibles. Por ejemplo, podemos constatar que con frecuencia nos sentimos estresados por las exigencias de los demás, en el trabajo o en casa, porque estas personas se planifican mal su tiempo. Así, podemos poner el refrán popular de "Una urgencia para ti no es una urgencia para mí" en nuestra mesa de despacho o bien en la puerta del frigorífico, para recordarnos que no siempre tenemos por qué sacar a los demás de ningún atolladero. Con el tiempo y con la práctica, advertiremos que reemplazamos automáticamente los antiguos pensamientos desadaptativos por otros más constructivos. Mejor aún, notaremos que no nos sentimos tan estresados como lo estábamos antes.

Eliminar la situación estresante

Otra manera de afrontar el estrés es previniéndolo incluso antes de que aparezca. En otras palabras, eliminemos las situaciones que generen estrés. Tomémonos un momento para adop-

tar una cierta distancia respecto de nuestra vida. ¿Qué situaciones nos resultan estresantes? ¿Es el ritmo de vida desenfrenado, un trabajo insatisfactorio o ciertas situaciones de la vida cotidiana? A veces, el intento de eliminar el estrés modificando nuestra interpretación de una situación no es eficaz porque determinadas situaciones son intrínsecamente estresantes. Si podemos identificar algunas circunstancias particulares que nos llevan a reaccionar negativamente de continuo, tratemos de eliminarlas totalmente o de modificarlas. A continuación tenemos algunas formas de lograrlo:

1. Elaborar unas estrategias eficaces de resolución de problemas

Cuando nos encontremos en una situación estresante, debemos: (a) identificar la situación causante del estrés; (b) revisar todas las posibles soluciones; (c) analizar los pros y los contras de cada una de las soluciones; (d) aplicar la solución o las soluciones escogidas; y (e) evaluar el resultado. Al adoptar una estrategia eficaz de resolución de problemas, ya sea en el trabajo o en casa, reduciremos el nivel de estrés y mejoraremos la calidad de nuestras relaciones con los demás.

2. Establecer unas prioridades y aprender a administrarnos mejor el tiempo

Para afrontar adecuadamente la vida actual y su ritmo desenfrenado, es importante planificar cuidadosamente nuestro tiempo en lugar de dejar que la agenda sobrecargada lleve la delantera. Steven Covey, autor del best-seller *Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva*, considera que la administración del tiempo se divide en cuatro cuadrantes. En el cuadrante superior izquierdo

figuran las actividades urgentes e importantes –las crisis, los problemas apremiantes y los proyectos que tienen unos plazos específicos. En el cuadrante inferior izquierdo figuran los problemas que son urgentes, pero no importantes –las interrupciones, las llamadas no solicitadas, algunas reuniones. En el cuadrante inferior derecho aparecen colocadas las actividades que no son urgentes ni importantes –revisar el correo, clasificar los expedientes, etc. El cuadrante superior derecho agrupa las actividades que no son urgentes, pero que son importantes. En esta categoría se incluyen las relaciones interpersonales, el desarrollo de nuevos proyectos, la planificación, el establecimiento de objetivos y el tiempo libre. La gente que se administra mal el tiempo emplea la mayoría de éste en las actividades de los cuadrantes de la izquierda o del cuadrante inferior derecho. Se pasan el tiempo apagando fuegos –respondiendo a las urgencias de los demás– o en actividades sin trascendencia, dejando poco tiempo para el verdadero trabajo que hay que hacer. Esta gente le dedica poco tiempo a realizar actividades dirigidas a entablar relaciones y a determinar objetivos que quieren ponerse en la vida. Si nuestra agenda viene constantemente dictada por los problemas, las crisis o los plazos, es evidente que ello puede conducir al estrés y al agotamiento profesional. Demasiado tiempo invertido en actividades que no son importantes, al margen de que sean urgentes o no, deriva en la ineficacia y en una sensación de frustración. Conceder prioridad a determinadas actividades en el cuadrante de la prevención puede conducir a una sensación de previsión y de utilidad, a la sensación de tener el control. En un momento dado, ello nos permitirá tener menos fuegos que apagar o menos crisis que atravesar. A continuación tenemos algunas estrategias para administrarnos el tiempo: hacer una lista de las cosas que

tenemos que hacer o que planificar, con unos objetivos bien concretos; prever todos los días disponer de un período de tiempo sin que nos molesten; ir paso a paso y comenzar por lo esencial; descomponer las tareas difíciles en tareas más sencillas; dejar la autoevaluación para más tarde ¡y empezar ya!

3. Aprender a delegar

Son muchas las personas que piensan que el trabajo bien hecho tiene que hacerlo uno mismo. Esta actitud conduce a una sensación de sobrecarga y deja poco tiempo para desarrollar una visión más global de las cosas o para invertir tiempo en actividades que permitan relacionarse. Confiar en los demás para delegarles algunas de nuestras responsabilidades puede aliviar dicha sobrecarga. Delegar anima también a los demás a desarrollar nuevas habilidades y asumir nuevas responsabilidades. La verdadera delegación de poder implica explicarles a los demás qué resultados esperamos, y a continuación permitirles alcanzar el resultado de la forma que más les convenga. Querer controlar los métodos o supervisar la totalidad del proceso puede ser frustrante y no dejarnos más tiempo libre del que teníamos antes.

4. Hacernos valer

Gran parte del estrés se deriva de nuestra incapacidad de decir que no a las exigencias poco razonables que nos hacen. Nos pueden pedir que seamos miembros de demasiados comités, que cuidemos a los niños de los demás o que sustituyamos a nuestros compañeros de trabajo. Todas estas peticiones pueden generar una sensación de pérdida de control: tenemos la impresión de que se aprovechan de nosotros. Nuestras propias necesidades no se

ven satisfechas. Al margen de que las demandas sean realistas o no, el hecho de ser capaz de hacernos valer y de decir "no" puede ser muy liberador. Ahora bien, es importante diferenciar entre los comportamientos pasivos, asertivos y agresivos. La autoafirmación implica la capacidad de expresar las propias necesidades sin herir a los demás. Si nos estresamos porque nos resulta difícil decir "no" o satisfacer nuestras propias necesidades, un libro sobre asertividad o un grupo de entrenamiento en asertividad pueden ser muy útiles.

En el capítulo 3 analizamos la relación existente entre la autoafirmación y los problemas de sueño. En mi propia experiencia clínica, con frecuencia advierto hasta qué punto los insomnes son personas intrínsecamente amables. Son gente que deja sus intereses a un lado para complacer a los demás, preocupados más por complacer a los demás que a ellos mismos. Por otro lado, las personas que duermen bien suelen ser generalmente más asertivos a la hora de expresar sus necesidades y reivindicar sus derechos. Dicen lo que tienen que decir durante el día y cuando se van a la cama, tienen la mente más tranquila y duermen a pierna suelta. Por el contrario, la falta de asertividad durante el día puede llevar a una persona a preocuparse y a darle vueltas a las cosas a la hora de acostarse, en relación con lo que habrían podido hacer o decir de forma diferente. Naturalmente, estos discursos internos interfieren en el sueño.

5. Expresar la rabia de forma apropiada

Una buena parte del estrés puede derivarse de la incapacidad de expresar la rabia de una forma adaptada. Existen dos formas inadecuadas de expresar la rabia –hacerlo de manera beligerante o culpando a los demás, o guardársela para uno, dejándola cocer a

fuego lento dentro. Algunas personas reprimen su rabia interior hasta llegar a un límite y, de repente, explotan por una cuestión que no tiene importancia. Expresar la rabia de una manera no agresiva es una forma de hacerse valer. Podemos expresar nuestro enfado de manera adecuada comenzando las frases en primera persona, en lugar de formularlas bajo la forma de culpabilizaciones o de ataques personales. Concentrémonos en las circunstancias que deseamos cambiar, más que en los elementos que nos resultan desagradables. Las habilidades de resolución de conflictos también pueden ayudarnos a afrontar más eficazmente la rabia. El primer paso en la resolución de conflictos implica la escucha activa. Reformular lo que dice nuestro interlocutor puede hacerle sentir que le escuchamos. A continuación, podemos revisar juntos las soluciones alternativas con la ayuda de una "lluvia de ideas" [*brainstorming*]. Evaluemos cada una de las soluciones propuestas a fin de que todos puedan hacerse oír y sacar su provecho.

6. Recompensarnos y tomarnos un tiempo para disfrutar de la vida

El dicho "Si el trabajo perjudica tu tiempo libre, deja el trabajo" es cierto en parte. Evaluemos la manera como utilizamos nuestro tiempo. Para realizar este ejercicio, anotemos durante una semana nuestras actividades, después clasifiquemos las actividades en agradables, desagradables o neutras. ¿Qué proporción de nuestra semana hemos invertido en actividades desagradables? ¿Cuántas veces durante la semana hemos tenido experiencias que hemos disfrutado verdaderamente? Si nos percatamos de que la mayoría de nuestro tiempo lo hemos pasado en hacer tareas que consideramos engorros, no nos preguntemos por qué nos sentimos estresados. A continuación, hagamos una lista de actividades que consideremos placenteras o agradables. Planifiquemos algu-

nas de estas actividades para la semana siguiente. Para recompensarnos por haber trabajado mucho, ofrezcámonos alguna actividad agradable o algún pequeño regalo. Es especialmente importante que nos tomemos un tiempo para distendernos al final de una larga jornada. Si trabajamos hasta el momento mismo de meternos en la cama, no nos sorprendamos de que nos cueste quedarnos en blanco y conciliar el sueño. Planifiquemos disponer cuanto menos de una hora para relajarnos con la ayuda de una actividad apacible y agradable antes de irnos a la cama.

7. Cuidar de nuestro cuerpo

Si no cuidamos de nosotros físicamente, ello puede convertirse en una fuente de estrés adicional. Una alimentación equilibrada y el ejercicio físico son dos buenas formas de cuidar de nuestro cuerpo. Alimentarse bien supone llevar una dieta equilibrada, con la elección diaria de alimentos extraídos de los cuatro grupos alimentarios. Si bien el tamaño de las porciones puede variar según la edad, el peso y el sexo, nuestra dieta debe incluir más frutas, legumbres, pan y cereales que productos lácteos y carne, aves de corral o productos proteiformes. La grasa, el azúcar y los alimentos con un contenido elevado en sodio deben ser cuidadosamente controlados. Las vitaminas desempeñan un papel importante en el manejo del estrés. La secreción de cortisol, la principal hormona segregada por el cerebro en los estados de estrés, necesita de las vitaminas para mantener su producción. El estrés crónico puede llevar, pues, a una reducción de las cantidades de vitaminas B y C. Además, las sustancias que contienen cafeína, como el café, el té, ciertas bebidas gaseosas y el chocolate, son todas ellas estimulantes del sistema nervioso central y generan una respuesta similar al estrés. Eliminar el tabaco

y evitar el alcohol o utilizarlo con moderación también puede contribuir a controlar el estrés.

El ejercicio físico es importante, ya no sólo para ayudarnos a controlar el peso, sino también para disminuir el estrés. El ejercicio aeróbico implica una actividad rítmica sostenida (20 minutos o más por sesión de entrenamiento) de los principales grupos musculares motrices –la carrera, el jogging, la danza, la natación, la marcha rápida y la bicicleta. El ejercicio aeróbico mejora la capacidad cardiovascular y pulmonar. Aumenta la producción de glóbulos rojos, ayuda a mantener una presión sanguínea normal y un pulso menos elevado, y aumenta la energía y la resistencia. El ejercicio refuerza también los músculos y los huesos. Antes de iniciar un programa de ejercicios, es importante que nos sometamos a un examen físico y tengamos la aprobación de nuestro médico.

Si queremos practicar otro tipo de ejercicios de una intensidad menor y un impacto más débil, optemos por el yoga isotónico y el yoga isométrico. Estos ejercicios implican el estiramiento o la contracción de los músculos, y aumentan la fuerza y la flexibilidad muscular. El yoga también puede combinarse con la meditación, Cualquiera que sea el tipo de ejercicio que elijamos, recordemos los siguientes consejos: (a) no hagamos jamás ningún ejercicio justo antes de la hora de acostarnos; (b) comencemos gradualmente y vayamos aumentando la intensidad; (c) los ejercicios de calentamiento y de estiramiento son esenciales; (d) fijémonos unos objetivos y anotemos nuestros progresos; (e) hagamos ejercicio por lo menos tres días a la semana; (f) recompensémonos felicitándonos, y no con comida; y (g) sobre todo, elijamos una forma de ejercicio que sea agradable, o de lo contrario correremos el riesgo de aumentar el estrés.

8. Fomentar el desarrollo de una red de apoyo social para ayudarnos

El apoyo social puede prevenir o reducir el estrés. El estar solo a la hora de hacer frente a los problemas puede ser estresante en sí. La presencia de gente que se preocupe de nosotros puede ser un gran apoyo e influir decisivamente en la manera como afrontamos el estrés. Dediquemos, pues, un tiempo a encontrar a gente que comparta nuestros valores y a los que tengamos ahí cuando necesitemos hablar, que comparta nuestras alegrías y nuestras penas. No existe ningún sustituto del contacto social, sobre todo en un mundo virtual que gira en torno a la comunicación por internet, y en el que resulta cada vez más fácil trabajar en casa, sin ni tan siquiera tener que ver a nadie.

En este capítulo hemos puesto el acento en la relación entre el estrés y el insomnio, y hemos expuesto tres enfoques para manejar el estrés presente en nuestra vida cotidiana. El primer enfoque pretende reducir nuestras reacciones fisiológicas y mentales al estrés, con ayuda de procedimientos tales como la respiración profunda, la relajación muscular, le meditación, las imágenes mentales y la autohipnosis. El segundo enfoque consiste en cambiar nuestra percepción de la situación estresante. Se trata en este caso de identificar los pensamientos, las creencias y las actitudes inapropiadas que generan emociones negativas, y sustituirlas por unos pensamientos más constructivos. Finalmente, el último enfoque para afrontar el estrés consiste en cambiar o en eliminar las circunstancias o las situaciones que llevan a una reacción de estrés. Algunas formas de modificar la situación estresante consisten en poner límites y aprender a decir "no", administrarse el tiempo más eficazmente y establecer unas prioridades, delegar, expresar el enfado de manera adaptativa, planificar el tiempo para distenderse al final de la jornada, cuidar de nuestro cuerpo

y fomentar el desarrollo de una red social con la que podamos contar.

El sueño nocturno está muy estrechamente relacionado con las actividades de la jornada precedente. Es poco realista pensar que podemos llevar una vida llena de estrés durante el día y librarnos de repente de todas las preocupaciones al llegar la noche. Afrontar el estrés de manera eficaz durante el día no puede por menos de facilitar una buena noche de sueño.

9

MANTENER UNA BUENA HIGIENE DEL SUEÑO

El sueño se ve afectado por una multitud de factores asociados a nuestro estilo de vida: la alimentación, el ejercicio, el consumo de alcohol; al igual que por factores ambientales tales como la temperatura ambiente, el ruido, la luz e incluso la comodidad del colchón. En este capítulo, veremos de qué forma determinados modos de vida y factores ambientales pueden facilitar o perjudicar a una buena noche de sueño. Primeramente, rellenaremos el cuestionario que aparece en la tabla 9.1 con el fin de evaluar la calidad de nuestra higiene del sueño.

Como la mayoría de las personas que padecen insomnio, probablemente ya estaremos al corriente del efecto que tienen esto factores sobre nuestro sueño. Sin embargo, los estudios sugieren que aunque los insomnes estén bien informados sobre la higiene del sueño, muchos se piensan que están a salvo de estas influencias y realizan de hecho un mayor número de prácticas perjudiciales que las personas que duermen bien. Así pues, si hemos respondido afirmativamente a una u otra de las preguntas del cuestionario, este capítulo nos ayudará a poner en práctica algunos de los principios básicos de una buena higiene del sueño. La tabla 9.2 resume

las principales directrices a seguir para mejorar nuestra higiene del sueño y ayudarnos a dormir mejor. Más adelante, encontraremos algunas explicaciones para estas recomendaciones.

Tabla 9.1
¿Llevamos una higiene del sueño sana?

¿Tomamos cafeína durante la noche?
¿Fumamos poco antes de acostarnos o cuando nos despertamos por la noche?
¿Tomamos alcohol a la hora de acostarnos para ayudarnos a relajarnos?
¿Hacemos una comida copiosa antes de meternos en la cama?
¿Tomamos alguna colación en mitad de la noche?
¿Hacemos algún ejercicio considerable antes de acostarnos?
¿Nuestro dormitorio se parece a un campo de batalla?
¿Nuestro colchón es demasiado duro o demasiado blando?
¿La temperatura de nuestra habitación es demasiado calurosa o demasiado fría?
¿El ruido nos mantiene despiertos por la noche?
¿Hay alguna luz que nos entre en la habitación por la noche?

Tabla 9.2
Consejos para llevar una buena higiene del sueño

La cafeína es un estimulante y debe ser evitada de cuatro a seis horas antes de acostarse.
La nicotina es un estimulante; evitemos fumar a la hora de acostarnos y cuando nos despertemos por la noche.
El alcohol es un depresor del sistema nervioso autónomo; puede facilitar el adormecimiento inicial, pero interrumpe el sueño más adelante, entrada la noche.
Una ligera colación puede ser beneficiosa, pero no hagamos una comida copiosa justo antes de acostarnos.
El ejercicio físico regular puede hacer que el sueño sea más profundo, pero evitemos hacerlo justo antes de la hora de acostarnos, dado que puede ser estimulante.
Mantengamos nuestra habitación ordenada y limpia; elijamos un colchón cómodo.
Evitemos las temperaturas extremas dentro del dormitorio; mantengamos una temperatura moderada.
Procuremos que nuestro dormitorio sea tranquilo y oscuro.

1. La cafeína: evitar la cafeína de cuatro a seis horas antes de acostarse

La cafeína es la sustancia más utilizada en nuestra sociedad. Es un estimulante del sistema nervioso central y, en cantidades razonables, mejora la concentración y la atención. Consumida poco antes de la hora de acostarse, la cafeína produce un sueño ligero e interrumpido. Según su modo de preparación, una taza de café contiene entre 75 mg (instantáneo) y casi 200 mg (filtro) de cafeína mientras que ésta se halla prácticamente ausente en las bebidas descafeinadas (véase la tabla 9.3). La cafeína alcanza su concentración máxima en el cuerpo entre 15 y 45 minutos después de su ingestión y hacen falta alrededor de tres horas para eliminar la mitad de la misma de nuestro sistema. La cafeína tomada una hora antes de acostarse también puede retardar el adormecimiento. Cuando se toma en el momento mismo de acostarse, puede interrumpir el sueño durante la noche. El consumo cotidiano moderado tiene escasas probabilidades de afectar al sueño, pero un consumo considerable durante el día puede generar síntomas de abstinencia tales como dolores de cabeza por la noche, lo que puede retrasar el adormecimiento.

La mayoría de la gente está bien informada de los efectos estimulantes de la cafeína y tienen cuidado de no tomarla después de cenar. Sin embargo, no debemos subestimar los efectos estimulantes de las bebidas gaseosas, del té helado y del chocolate. Uno de mis pacientes, Pierre, estaba orgulloso de asegurar que jamás tomaba café después de cenar. Pero cuando se le preguntó si tomaba otros productos que llevaran cafeína, dijo que bebía Pepsi-Cola durante casi toda la noche, además de comerse una o dos barras de chocolate. La cafeína no sólo está presente en el café; aparece contenida en cantidades más pequeñas en el té, el cacao, el chocolate, diversas bebidas gaseosas (Pepsi-Cola, Coca-Cola), y un buen número de medicamentos dispo-

nibles sin receta médica para combatir las alergias y los catarros, o incluso suprimir el apetito. La tabla 9.3 presenta una lista de productos que contienen diferentes cantidades de cafeína. La utilización de estos productos a la hora de acostarse puede tener los mismos efectos perjudiciales sobre el sueño que puede tener el café.

Tabla 9.3
Cantidad de cafeína contenida en una selección de bebidas, alimentos y medicamentos

Productos	Miligramos de cafeína (valores aproximados)
Café (taza de 8 oz / 237 ml)	
Torrefacto y molido (filtro)	179
Expresso (100 ml)	170
Infusión	135
Instantáneo	76-106
Descafeinado	3-5
Té (taza de 8 oz / 237 ml)	
Mezcla normal	43
Verde	30
Instantáneo	15
Bolsita/suelto	50
Descafeinado	0
Helado (16 oz/574 ml con o sin azúcar)	22-34
Bebidas gaseosas y energizantes (12 oz / 355 ml)	
Pepsi / Coca Cola	36-46
Cola light	39-50
Sprite/7-Up	0
Naranjada Sunkist	27
Red Bull (8,2 oz/250 ml)	80
Productos a base de cacao	
Dulces, chocolate con leche (28 g)	10-15
Dulces, chocolate negro (28g)	30
Leche con chocolate (8 oz/237 ml)	5-8
Pastel de chocolate (80 g)	7
Medicamentos de venta libre (1 comprimido)	
Estimulante NoDoz	100
Analgésico Excedrin	65
Ciertos productos contra la gripe	30

Fuente: Santé Canadá (2008). Harland BF. (2000). Caffeine and nutrition. *Nutrition* 16: 522-526.

La sensibilidad y la tolerancia a los productos derivados de la cafeína varían de una persona a otra, y pueden tener efectos variables en el sueño. Una mayor tolerancia permite explicar por qué algunos grandes consumidores de cafeína no se quejan de tener dificultades para dormir. Los insomnes pueden ser más sensibles a los efectos estimulantes de la cafeína en razón de una mayor predisposición a la hiperactividad. Sin embargo, en general, la cafeína tomada cerca de la hora de acostarse altera la calidad del sueño de todas las personas, incluso de las que aseguran que no les hace ningún efecto. Los estudios de laboratorio demuestran en efecto que después del consumo moderado de cafeína antes de acostarse, el sueño que le sigue se ve interrumpido con más frecuencia por despertares nocturnos. Estos despertares suelen ser de corta duración y pueden no ser percibidos por la persona que duerme.

2. La nicotina: evitar fumar a la hora de acostarse y cuando nos despertemos por la noche

La nicotina es un estimulante del sistema nervioso central que produce sensiblemente los mismos efectos sobre el sueño que la cafeína. Si bien los fumadores pueden tener una sensación de relajación inicialmente, el efecto global de la nicotina es la estimulación. Por tanto, este estado de relajación se ve rápidamente desplazado por un aumento del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea y demás efectos similares producidos por los estimulantes. El resultado es una activación física y mental incompatible con el sueño. Los efectos estimulantes de la cafeína y de la nicotina combinados son particularmente perjudiciales para el sueño.

Las encuestas y los estudios de laboratorio confirman la asociación existente entre el tabaquismo y las dificultades para dor-

mir. Los fumadores, particularmente aquellos que fuman más de un paquete diario, tardan más tiempo en dormirse y se despiertan con más frecuencia que los no fumadores o que las personas que consumen menos de un paquete diario. El hecho de fumar mucho justo antes de la hora de acostarse puede provocar despertares condicionados durante el transcurso de la noche. Por ejemplo, los que fuman mucho señalan que lo primero que les viene a la mente al despertarse por la noche es coger un cigarrillo. Los despertares nocturnos pueden, de este modo, quedar condicionados a la abstinencia de la nicotina.

Si somos fumadores, el mejor consejo es evidentemente dejar completamente de fumar. A pesar de los síntomas de abstinencia que aparecen al principio durante el día, las investigaciones han demostrado que dejar de fumar mejora sustancialmente la calidad del sueño. Para aquellos que no pueden o no quieren dejar de fumar, es especialmente importante reducir el consumo de cigarrillos durante las horas que preceden al momento de acostarse. También deben evitar fumar cuando se despierten por la noche; ello permite prevenir el desarrollo del condicionamiento de estos despertares nocturnos a los síntomas de abstinencia de la nicotina.

3. El alcohol: cuidado con el alcohol que tomamos antes de acostarnos; puede facilitar el adormecimiento, pero interrumpirá el sueño más adelante en la noche

Contrariamente a la cafeína y a la nicotina, el alcohol es un depresor del sistema nervioso central. Es, sin embargo, la sustancia que tiene más probabilidades de alterar el sueño. Un vaso pequeño antes de acostarse puede ayudar a las personas que

están tensas a relajarse y dormirse más rápidamente, pero a medida que va desapareciendo el efecto del alcohol, el sueño se vuelve más ligero e interrumpido. El alcohol es metabolizado en una tasa aproximada de una consumición a la hora y los síntomas de abstinencia [*sevrage*] pueden persistir de dos a cuatro horas, incluso aunque la tasa de alcohol en sangre haya vuelto a bajar a cero. Así, una cantidad moderada y socialmente aceptable de alcohol consumido entre la cena y la hora de acostarse puede alterar el sueño. A medida que el alcohol es metabolizado, el cuerpo experimenta los síntomas de la abstinencia, lo que provoca un sueño agitado y despertares nocturnos. Tomado en mitad de la noche para recuperar el sueño, el alcohol genera los mismos síntomas de abstinencia más adelante durante la noche o al despertarse por la mañana.

El alcohol consumido a la hora de acostarse reduce el sueño paradójico (el sueño de soñar) durante la primera mitad de la noche, efecto seguido de un rebote (un aumento de la cantidad) durante la segunda mitad de la noche. Este aumento del sueño paradójico puede provocar pesadillas. Los despertares de madrugada son también muy comunes cuando se ha consumido cierta cantidad de alcohol, incluso moderada, antes de acostarse. Así, el resultado final es un sueño más corto y de menos buena calidad.

El abuso del alcohol tiene unos efectos particularmente nefastos sobre el sueño. Después de un exceso, el sueño es más profundo al principio, pero durante la abstinencia se produce una reducción marcada del sueño profundo y una ligera disminución del sueño paradójico. En las personas que padecen alcoholismo, el sueño está muy alterado y los ciclos de sueño-vigilia están desorganizados. En los períodos de abstinencia aguda, estas per-

sonas pueden incluso alucinar en razón de un aumento marcado del sueño paradójico y de las imágenes que lo acompañan. Incluso sin beber [*abstinence*], el sueño puede seguir alterado durante largos períodos de tiempo, lo que puede precipitar una recaída. Si bien una terapia del sueño puede ser útil para prevenir la recaída, el tratamiento debería abordar primeramente el problema subyacente del abuso del alcohol.

En el caso de los bebedores sociales y de las personas que se toman un vaso pequeño de alcohol de manera ocasional como una ayuda para dormir, el mejor consejo es evitar el alcohol o sustituirlo por una bebida sin alcohol durante las cuatro o seis horas que preceden al momento de acostarse. Un vaso pequeño puede ayudar a las personas ansiosas a relajarse a la hora de acostarse, pero en conjunto el resultado es una disminución de la duración y de la calidad del sueño. El alcohol no debe mezclarse jamás con las pastillas para dormir; ello acentúa todos los efectos del alcohol descritos anteriormente. El alcohol agrava también los ronquidos y si tenemos síntomas de apnea del sueño, su utilización a la hora de acostarse está estrictamente contraindicada, dado que ello acentuará el trastorno respiratorio subyacente.

4. La alimentación: una colación a la hora de acostarse puede facilitar el sueño, pero no comamos demasiado

La ingestión de alimento puede facilitar el sueño. Ahora bien, el momento, el tipo de alimento y la cantidad de calorías consumidas son factores importantes que median en este efecto. Por ejemplo, una pequeña libación a la hora de acostarse parece facilitar el sueño mientras que una comida copiosa tiene el efecto de inverso, al acentuar la actividad del sistema digestivo. Debemos

evitar los siguientes alimentos antes de acostarnos: los alimentos picantes, los cacahuetes, las judías, la mayoría de las legumbres y de los frutos secos, estos últimos pudiendo generar gases intestinales. Evitemos las colaciones en mitad de la noche, dado que los despertares nocturnos pueden quedar condicionados a la sensación de hambre. La ingestión excesiva de líquido durante la noche también puede interrumpir nuestro sueño en razón de la necesidad de orinar.

¿Existen algunas sustancias nutritivas que faciliten el sueño? En principio, no existe ninguna dieta milagrosa para vencer el insomnio. De hecho, pocos investigadores se han interesado por los efectos de los diferentes alimentos y hábitos alimentarios sobre el sueño. Algunas observaciones clínicas sugieren que una comida elevada en hidratos de carbono (pan, queso, pasta) favorece la somnolencia, mientras que una comida elevada en proteínas (carne y sustitutos) favorece la vigilia. Sin embargo, el hecho de que ciertos alimentos induzcan el sueño dista de estar demostrado.

¿Y qué podemos decir del vaso de leche caliente? Todos hemos oído hablar de esta vieja receta, y la mayoría de las madres pueden dar testimonio del efecto reconfortante que la leche tiene para los bebés. El triptófano, un aminoácido natural, se encuentra en la leche y en muchos otros productos lácteos. Su concentración, junto con el neurotransmisor serotonina, aumenta durante el sueño. No obstante, los estudios clínicos son más bien contradictorios; unos sugieren que mejora el sueño mientras que otros no indican ningún efecto, incluso con una cantidad ampliamente superior a la que aparece contenida de forma natural en un vaso de leche. Los efectos específicos de los otros productos lácteos (helado, yogurt, queso) sobre el sueño son inciertos, dado

que su contenido en triptófano es mucho menos elevado que el de las pastillas concentradas. Antes, el triptófano estaba disponible sin receta médica en la mayoría de las tiendas de alimentos naturales. Sin embargo, muchos casos de eosinofilia, una enfermedad de la sangre asociada a un aumento de los glóbulos blancos, se han relacionado con la utilización de estos suplementos alimentarios. Las encuestas de la Food and Drug Administration (FDA) y del Center for Disease Control han concluido posteriormente que la enfermedad no estaba provocada por el triptófano, sino que era más bien el resultado de ciertas sustancias contaminantes introducidas por error en el proceso de fabricación de algunos paquetes de este suplemento alimentario. Sin embargo, la FDA ha mantenido su recomendación de retirar del mercado norteamericano el triptófano en píldoras concentradas. En Canadá, este medicamento está disponible con el nombre de tryptan, pero con receta médica exclusivamente.

Cambios importantes en la alimentación y el peso pueden alterar el sueño. Una pérdida importante de peso viene acompañada de un sueño más corto e interrumpido, mientras que un aumento de peso se asocia a un sueño más largo y continuo. Las dificultades para dormir pueden ser muy graves en los pacientes aquejados de trastornos de la alimentación tales como la anorexia o la bulimia. Ahora bien, no siempre está claro si estos cambios están relacionados con deficiencias nutricionales, con las alteraciones del humor que acompañan con frecuencia a los trastornos alimentarios, o con las dos cosas. El sueño suele mejorar habitualmente cuando la persona recupera su peso.

En resumen, una colación ligera acompañada de una bebida sin alcohol y sin cafeína antes de acostarse, puede favorecer el sueño en el caso de algunas personas. Aunque sea preferible no

irse a la cama con hambre, hay que evitar las comidas copiosas antes de acostarse. No tomemos colaciones en mitad de la noche, dado que a largo plazo los despertares nocturnos pueden quedar condicionados por el hambre. Disminuyamos la ingestión de líquidos durante la noche. La ingestión excesiva de líquidos puede provocar la necesidad de orinar y, en consecuencia, dificultades para volver a coger el sueño. A medida que los despertares nocturnos y la necesidad de orinar durante la noche aumentan con la edad, es preciso conceder una mayor atención a la cantidad de líquido consumida antes de la hora de acostarse. Esta recomendación es todavía más importante en el caso de las personas que toman diuréticos para controlar la presión sanguínea, dado que estos medicamentos aumentan la necesidad de orinar.

5. ***El ejercicio: el ejercicio aeróbico regular puede aumentar el sueño profundo; evitemos, no obstante, el ejercicio vigoroso en las dos horas antes de acostarnos***

Los beneficios del ejercicio regular para la condición física y el bienestar psicológico están claramente demostrados. El ejercicio también puede mejorar el sueño. Correr, nadar, montar en bicicleta, esquiar o cualquier otra actividad que suponga un gasto de energía favorece el sueño profundo. Vimos en el capítulo 1 que el sueño cumple diversas funciones; el sueño profundo (fases 3-4) se asocia principalmente a la restauración de la energía física.

Tres factores parecen afectar a la relación entre el ejercicio físico y el sueño –la forma física de la persona, el momento en que se practica la actividad en relación con el período de sueño, y la cantidad de energía gastada. El ejercicio aeróbico regular

realizado por una persona en buena forma física mejora el sueño. Aumenta precisamente la cantidad de sueño profundo. El ejercicio vigoroso y sostenido realizado por una persona en mala forma física y sedentaria produce el efecto opuesto; ocasiona un sueño más ligero y más agitado. El momento en el que se realiza el ejercicio en relación con el período de sueño es igualmente importante. Hacer ejercicio justo antes de la hora de acostarse produce un efecto estimulante e interfiere en el adormecimiento. Por el contrario, el ejercicio físico realizado por la mañana tiene escaso efecto sobre el sueño nocturno, dado que se realiza demasiado tiempo antes del período de sueño. El mejor momento para practicar el ejercicio es hacia el final de la tarde o el comienzo de la noche.

Los beneficios sobre el sueño se derivan del enfriamiento de la temperatura corporal que sobreviene unas horas después del ejercicio. Hemos visto anteriormente que la temperatura del cuerpo disminuye durante el transcurso de la noche; en razón de ello, si se puede hace corresponder esta bajada de temperatura con el período nocturno, el sueño debería salir beneficiado. Podemos obtener un efecto similar tomando un baño caliente durante la noche. El enfriamiento que sigue a un recalentamiento activo (ejercicio) o pasivo (baño caliente) del cuerpo favorece el sueño. Este enfriamiento aparece más rápidamente con el recalentamiento pasivo que con el recalentamiento activo del cuerpo, lo que explica en parte por qué el ejercicio vigoroso debe realizarse alrededor de unas tres o cuatro horas antes de acostarse, mientras que un baño caliente se puede tomar unas dos horas antes de acostarse. Finalmente, la cantidad de energía gastada es una variable importante que influye en la relación entre el ejercicio físico y el sueño. Correr una maratón afecta al sueño de

manera diferente a unos 30 minutos de jogging. El ejercicio que exige un gran esfuerzo puede alterar el sueño de la noche siguiente, incluso en el caso de las personas que estén en muy buena forma física.

En resumen, serían dos las recomendaciones básicas. Primero, evitemos el ejercicio vigoroso poco antes de acostarnos; y segundo, sigamos un programa regular de ejercicio hacia el final de la tarde o el principio de la noche para mejorar el sueño, además de nuestro bienestar físico y psicológico. Aunque el ejercicio por sí solo rara vez sea suficiente para curar el insomnio grave, el ejercicio físico regular puede ser una estrategia útil a añadir a los otros métodos que llevamos aprendidos hasta el momento. Tanto para las personas que duermen bien como para las que duermen mal, el ejercicio es un método excelente para reducir el estrés.

6. Arreglar nuestro dormitorio para que sea más acogedor

Si pretendemos vencer el insomnio, no descuidemos los elementos más básicos. Al igual que un entorno propicio en el trabajo favorece la productividad, un dormitorio bien arreglado puede facilitar una buena noche de sueño. El dormitorio debe ser acogedor. Tratemos de crear un entorno agradable y propicio al sueño. Utilicemos colores que sean relajantes y reconfortantes; evitemos los colores que sean estimulantes o deprimentes. Tengamos el mínimo de muebles. No hagamos de nuestro dormitorio un despacho ni un patio de recreo; reservémoslo para el sueño y las actividades sexuales, de manera que quede asociado a estos elementos únicamente. Tengamos nuestro dormitorio ordenado y limpio. Hagamos la cama por la mañana temprano en

lugar de a la hora de acostarnos; ello nos dará una sensación de orden y de control en nuestra vida. Probablemente necesitemos tener un despertador, pero evitemos mirarlo por la noche, dado que ello nos mantendrá despiertos más tiempo. Para no oír el tictac del reloj, tapémoslo con una manta o con una almohada.

Existen variaciones en las preferencias individuales respecto de los objetos personales tales como el colchón, la almohada y las sábanas. Lo que importa es que veamos que son los que nos resultan más cómodos en nuestro caso. Si nos despertamos sudando por la noche, utilicemos unas sábanas más ligeras fabricadas con un material más fresco. Un colchón demasiado duro puede provocar dificultades para dormir en las personas que padecen artritis, mientras que un colchón demasiado blando puede plantear problemas a las personas que tengan problemas de espalda. No existen datos concluyentes que demuestren que el sueño es diferente en una cama de agua o con un colchón convencional. Una vez más, se trata de una cuestión de preferencia personal.

7. Mantener la temperatura del dormitorio a un nivel agradable

Evitemos dormir en un entorno demasiado caliente o demasiado frío, demasiado seco o demasiado húmedo. Si bien no existe una temperatura ambiente ideal para todo el mundo, las temperaturas extremas interfieren en el sueño normal. El calor (24 ºC) aumenta los despertares nocturnos, reduce el sueño paradójico y el sueño profundo, provoca más movimientos y disminuye la calidad total del sueño. Las dificultades para dormir se asocian con menos frecuencia a las temperaturas frías, si bien una temperatura inferior a 12 ºC se asocia a veces con sueños desa-

gradables y más cargados emocionalmente. Si no tenemos un termostato en la habitación, podemos ajustar la temperatura con la ayuda de mantas, de un ventilador o de un aparato de aire acondicionado.

Nuestra temperatura corporal también guarda una estrecha relación con el ciclo sueño-vigilia. Vimos en el capítulo 1 que la temperatura del cuerpo varía alrededor de 1 °C desde su punto más alto a su punto más bajo durante un ciclo sueño-vigilia de 24 horas. Alcanza su nivel más bajo muy temprano de madrugada, cuando la propensión al sueño es más elevada; comienza a aumentar poco después y continúa ascendiendo durante toda la mañana. Es durante este período cuando la vigilancia está en su punto máximo. Algunas investigaciones han observado que la temperatura corporal de los insomnes tiende a mantenerse más elevada que la de las personas que duermen bien, durante el período de 24 horas correspondiente al ciclo sueño-vigilia. No es de extrañar, pues, que las personas que padecen insomnio se quejen con frecuencia de tener demasiado calor durante la noche; viene a ser un poco como si su termostato interno fuera defectuoso. En razón de ello, si padecemos insomnio, es preferible que tengamos nuestro dormitorio bien aireado y más bien fresco.

8. Evitar el ruido y la luz excesiva

Los ruidos procedentes de una pareja que ronca, del perro del vecino que ladra, o del tráfico, pueden alterar nuestro sueño. Podemos darle a nuestra pareja con el codo o mudarnos al sofá, pero una solución de estas características es únicamente transitoria. En el capítulo 12 veremos que los ronquidos se pueden corregir con la ayuda de una cirugía apropiada. Por lo que respecta al

perro del vecino, es posible que debamos mostrarnos asertivos al día siguiente a fin de evitar que este fastidio se vuelva a producir. Al igual que para atenuar cualquier ruido procedente de fuentes externas, podemos en este caso cerrar las ventanas e insonorizar mejor nuestro dormitorio. En general, el ruido de fondo procedente de un ventilador, por ejemplo, puede enmascarar la mayoría de los ruidos molestos. Los tapones en los oídos también pueden disminuir significativamente el nivel de ruido. Aunque las personas que duermen bien puedan habituarse al ruido, su sueño seguiría siendo igualmente más superficial y más ligero. El umbral del despertar es más bajo en la fase 1 del sueño, más elevado en las fases 3-4, y variable en el sueño paradójico. El tipo de ruido influye también en este umbral. Las personas que han sido padres recientemente se despertarán más fácilmente cuando su bebé llore que con el ruido de la calle. También, el umbral del despertar disminuye con la edad, lo que explica por qué las personas mayores tienen más dificultades para permanecer dormidas que las personas más jóvenes. Un nivel de ruido que será suficiente para despertar a una persona de 70 años provocará únicamente una vuelta breve a una fase de sueño más ligero en una persona de 25 años. Los insomnes son más sensibles al ruido, probablemente porque permanecen en un estado de hipervigilancia incluso durante el sueño, lo que les mantiene más conscientes de su entorno.

La luz puede afectar al sueño de casi todas las personas; este factor explica el porcentaje elevado de insomnio en los trabajadores de noche que intentan dormir durante el día. Es particularmente importante que la habitación esté bien oscura, con cortinas opacas que impidan que la luz de la calle o que la luz del día entre por la ventana. La utilización de un antifaz para los ojos o

de unas gafas protectoras también puede eliminar o reducir la luminosidad no deseada.

En este capítulo, hemos visto cómo ciertos estilos de vida y condiciones ambientales pueden tener unos efectos perjudiciales sobre el sueño nocturno, y cómo podemos favorecer el dormir bien con la ayuda de una buena higiene del sueño. Si bien una mala higiene del sueño rara vez suele ser la causa principal del insomnio, la presencia de este factor puede complicar el problema ya existente y reducir el efecto de los cambios que podamos introducir en nuestros hábitos, creencias y actitudes perjudiciales. Así pues, es importante corregir estos factores e integrar los principios de la higiene del sueño en el conjunto del programa de tratamiento que se describe en este libro.

10

VOLVER A PONER EL RELOJ BIOLÓGICO EN HORA

Aunque los factores psicológicos como el estrés, la ansiedad y la depresión desempeñan un papel importante en el insomnio, otros factores ligados a nuestros ritmos biológicos pueden estar en el origen de las dificultades para dormir. En tal caso, el insomnio viene provocado por una desregulación entre nuestro reloj biológico y el horario sueño-vigilia deseado o el dictado por la norma social. Por ejemplo, una persona puede ser incapaz de dormirse tal y como desea hacia las 23.00 h, pero puede dormir sin problema de 3.00 h a 11.00 h. El insomnio también puede estar provocado por el desfase horario o por un horario de trabajo nocturno. Estas diferentes formas de insomnio son debidas a un trastorno del ritmo circadiano y ponen de relieve sobre todo la existencia de una mala sincronización del episodio de sueño dentro del período habitual reservado para dormir. La principal dificultad es que la persona no puede dormir cuando así lo desea, y no puede permanecer despierta cuando lo necesita. En este capítulo, expondremos algunos principios relacionados con

los ritmos circadianos y los principales problemas de sueño-vigilia asociados a las irregularidades en estos ritmos biológicos; describiremos igualmente algunas estrategias para contrarrestar estas dificultades.

Los ritmos circadianos

Todos estamos provistos de un reloj biológico, una suerte de cronómetro interior que regula diversas funciones físicas y mentales –los ciclos sueño-vigilia, la secreción de hormonas, la temperatura corporal, la vigilancia y la productividad. De hecho, existen diversos relojes que rigen cada una estas funciones según un ciclo diferente. El reloj principal, que los coordina a todos entre sí, está situado en la base del cerebro, en el hipotálamo (véase el capítulo 1 para más detalles).

Nuestra tendencia natural a estar activos durante el día y a descansar durante la noche está ampliamente determinada por el ciclo día-noche, regido a su vez por la rotación de la tierra durante un período de 24 horas. Por una conexión íntima de las células nerviosas entre el hipotálamo y la retina, zona del ojo sensible a la luz, la exposición a la luz del día rige estrechamente la sincronización entre el sueño y la vigilia. En las personas ciegas, esta línea de comunicación está cortada, lo que genera unos horarios sueño-vigilia muy irregulares. La secreción de melatonina, hormona segregada por la glándula pineal, también está influenciada por el ciclo día-noche. La melatonina es segregada durante la noche y solamente en la oscuridad; alcanza su concentración máxima hacia las 2.00 h de la madrugada. Si los ojos se ven expuestos a la luz, la producción de melatonina disminuye o se suprime total-

mente. La temperatura corporal, la vigilancia y el humor están también estrechamente relacionadas con la periodicidad del ciclo sueño-vigilia. La temperatura corporal se encuentra en su nivel más bajo de madrugada (a las 4.00 h), comienza a elevarse al despertar, alcanza su punto más alto al principio de la tarde y comienza a declinar hacia las 23.00 h. La vigilancia está en su mejor momento en el pináculo de la curva de la temperatura corporal, mientras que la somnolencia es más intensa en el punto más bajo de la misma. Vamos, pues, más lentos física y mentalmente durante las primeras horas de la mañana y estamos más alerta y más enérgicos en la segunda mitad de la mañana, cuando nuestra temperatura corporal se eleva.

Además de los ciclos día-noche, otros marcadores temporales (horas de comer, horarios de trabajo), también llamados *zeitgebers*, son extremadamente importantes para mantener un equilibrio entre nuestros ritmos biológicos y el entorno social. Imaginémonos completamente aislados del mundo exterior, sin ningún indicador respecto de la hora del día o de la noche. Somos libres de comer, de dormir o de hacer lo que queramos cuando nos dé la gana, pero no tenemos indicadores temporales, ni radio ni televisión, ni periódicos ni contactos sociales. Experimentos realizados con voluntarios viviendo en apartamentos especialmente concebidos para estar aislados del mundo exterior, han demostrado que la mayoría de las personas eligen vivir de acuerdo con un ciclo de 25 a 26 horas, en lugar del ciclo convencional de 24 horas. Cuando los períodos de aislamiento se prolongaban hasta un mes, los sujetos funcionaban siguiendo ciclos mucho más largos, permaneciendo a veces despiertos durante 20 horas y dormidos durante 10 horas; además, a medida que se prolon-

gaba el período de aislamiento, el ciclo sueño-vigilia se desincronizaba totalmente de los otros ritmos biológicos. Estos estudios indican que la luz y los marcadores temporales sociales son ambos importantes para mantener nuestro reloj interno sincronizado con el mundo exterior.

¿Cuál es nuestro cronotipo - madrugador o trasnochador?

Aunque los ritmos biológicos sean relativamente constantes para la mayoría de las personas, existen ciertas diferencias individuales y preferencias. Los madrugadores o los tipos matutinos se despiertan temprano de forma natural y tienden a funcionar mejor durante la mañana. Tienen más dificultades para funcionar por la tarde porque están menos alerta, y prefieren acostarse más temprano. Por el contrario, los trasnochadores o los tipos vespertinos tardan más tiempo en arrancar por la mañana y les gusta levantarse muy tarde. Una vez que su jornada ha comenzado, les cuesta parar y tienden a funcionar mejor durante la tarde e incluso durante la noche. Se adaptan más fácilmente a los cambios de horario en los turnos de trabajo que los madrugadores. Si bien estas características no se aplican de forma universal, ciertos estudios sugieren que los tipos matutinos son más tranquilos e introvertidos, mientras que los tipos vespertinos serían más abiertos y enérgicos. La mayoría de la gente se sitúa en algún punto del continuum entre estos dos extremos en relación con las preferencias circadianas. Podemos evaluar si somos principalmente matutinos, vespertinos, o ni lo uno ni lo otro, rellenando el cuestionario de tipología circadiana que aparece en la tabla 10.1.

Tabla 10.1
Cuestionario de tipología circadiana

Instrucciones: En cada una de las preguntas, procedamos a redondear con un círculo la cifra que se corresponda mejor con nuestra respuesta. A continuación, sumemos el total de puntos de las cinco preguntas.	
1. Si viviéramos a nuestro ritmo (el que más nos gusta), ¿a qué hora nos levantaríamos si tuviéramos total libertad para organizarnos el día?	
De 5.00 h a 6.30 h	5
De 6.30 h a 7.45 h	4
De 7.45 h a 9.45 h	3
De 9.45 h a 11.00 h	2
De 11.00 h a doce del mediodía	1
2. ¿Cómo nos sentimos durante la media hora siguiente después de despertarnos por la mañana?	
Muy cansado	1
Relativamente cansado	2
Relativamente en forma	3
Muy en forma	4
3. ¿En qué momento de la noche nos sentimos cansados hasta el punto de dormirnos?	
De 20.00 h a 21.00 h	5
De 21.00 h a 22.15 h	4
De 22.15 h a 00.45 h	3
De 0.45 h a 2.00 h	2
De 2.00 h a 3.00 h	1
4. ¿A que hora del día nos sentimos en nuestra mejor forma?	
De 5.00 h a 8.00 h	5
De 8.00 h a 10.30 h	4
De 10.30 h a 17.00 h	3
De 17.00 h a 22.00 h	2
De 22.00 h a 5.00 h	1
5. A veces decimos que alguien es un "tipo matutino" o un "tipo vespertino". ¿Consideramos que somos matutinos o vespertinos?	
Absolutamente matutinos	6
Más bien matutinos	4
Más bien vespertinos	2
Absolutamente vespertinos	0
GUÍA DE INTERPRETACIÓN - Puntuación total entre: 4 y 7: Innegablemente, un tipo vespertino 8 y 11: Tipo moderadamente vespertino 12 y 17: Ni vespertino ni matutino 18 y 21: Tipo moderadamente matutino 22 y 25: Innegablemente, un tipo matutino	

Fuente: Reproducido con permiso del autor (J. Horne)

Cuando nuestro reloj biológico interno deja de estar en sincronía con el mundo exterior

Varios problemas pueden aparecer cuando nuestro reloj biológico deja de estar sincronizado con el mundo exterior. En lo que resta de este capítulo, describiremos algunas de estas afecciones y expondremos algunos métodos dirigidos a corregir estas anomalías o a minimizar sus efectos sobre nuestra vida.

El síndrome del retraso de la fase del sueño

En el síndrome del retraso de la fase del sueño, el período de sueño va atrasado en relación con el momento deseado (véase la figura 10.1). Esta afección se caracteriza por una dificultad marcada para dormirse; independientemente de la hora a la que se vaya a la cama, la persona no logra conciliar el sueño antes de una hora avanzada de la noche (por ejemplo, las 3.00 h de la madrugada). Una vez que se duerme, la persona no tiene dificultades para permanecer dormida. Si no tiene que cumplir ninguna obligación ni levantarse a una hora determinada, como, por ejemplo, los fines de semana o durante las vacaciones, el problema es menos evidente dado que la duración del sueño será normal, aunque su ciclo vaya retrasado. Por el contrario, la obligación de levantarse a una hora normal por la mañana para ir al trabajo o al colegio resulta extremadamente difícil de cumplir, dado el período tan corto de horas de sueño. Los estudiantes y los trabajadores de noche son más vulnerables a este tipo de insomnio. Un horario irregular de sueño o los cambios frecuentes en la hora de acostarse y de levantarse tienden a desbaratar los ritmos circadianos. Las investigaciones de laboratorio sugieren que este tipo de insomnio inicial estaría asociado a una demora en la disminución de la tempe-

ratura corporal, que tiene lugar habitualmente hacia las 23 h. Dos métodos de tratamiento que se describen más adelante en este mismo capítulo, la luminoterapia (terapia por medio de la luz viva) y la cronoterapia, pueden ser útiles cuando el insomnio se debe a un retraso de la fase del sueño. La exposición a la luz viva a primeras horas de la mañana produce el efecto de acelerar la bajada de la temperatura corporal durante el anochecer, y de inducir con ello una somnolencia más rápida a la hora de acostarse. Además, los procedimientos que se describen en el capítulo 6 pueden ayudar a aliviar este problema.

El síndrome del adelanto de la fase del sueño

A veces, el reloj biológico funciona muy rápido en lugar de ir demasiado lento, de tal suerte que el sueño acontece demasiado pronto al anochecer y finaliza demasiado pronto a la mañana siguiente (véase la figura 10.1). En este caso, la persona tiene dificultades para permanecer despierta durante el anochecer; se puede dormir a una hora tan temprana como las 20.00 h o las 21.00 h, pero se despierta también precozmente de madrugada (a las 4.00 h). La duración total de sueño no necesariamente se acorta, simplemente va adelantada. Las personas que tienen este problema no necesariamente optan por irse a la cama tan pronto cuando anochece; sencillamente, son incapaces de permanecer despiertos hasta la hora deseada de acostarse. Esta afección es similar al problema del despertar precoz que encontramos con frecuencia en las personas mayores. Sin embargo, en este último caso, la persona puede estar completamente despierta a las 4.00 de la mañana, aunque se haya acostado tarde la noche anterior (23.00 h o incluso a la doce de la noche). Al igual que con el problema del retraso de fase, el síndrome del adelanto de fase no siempre es problemático

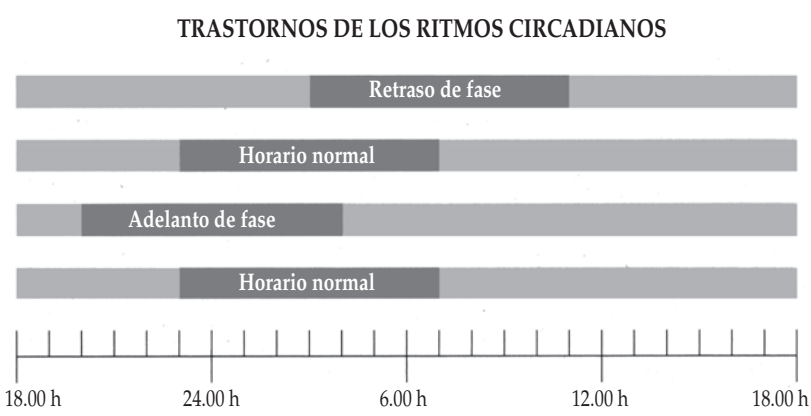


Figura 10.1: Ejemplos de dos trastornos circadianos en el que existe una demora (retraso de fase) o un avance (adelanto de fase) en el período de sueño en relación con un período de sueño más convencional de 23.00 h a 7.00 h.

en sí mismo, salvo que pueda ocasionar algunas frustraciones en la pareja o en los restantes miembros de la familia. La exposición a la luz viva por la tarde y no por la mañana puede retardar la aparición de la somnolencia y de este modo prolongar el período de vigilia un poco más avanzado el anochecer. Este método se expone más adelante en este mismo capítulo. Algunos cambios en los hábitos y en el horario de sueño que se abordaron en el capítulo 6 también pueden ser útiles.

El desfase horario

Los viajes de negocios o de placer llevan a un número de creciente de personas a recorrer largas distancias en avión y atravesar diversas zonas horarias [husos horarios]. Incluso varios días después de la llegada, la mayoría de los viajeros se quejan de

desfase horario: se sienten somnolientos mientras que los demás están despiertos; tienen hambre cuando los restaurantes están cerrados; tienen ganas de hacer negocios o de divertirse mientras que los demás están durmiendo. Su reloj interno está desincronizado con relación a la nueva zona horaria. Imaginémonos saliendo de Montreal en un vuelo de noche; despegamos hacia las 22.00 h, viajamos aproximadamente unas seis horas y llegamos a París hacia las 10.00 de la mañana siguiente, lo que corresponde en realidad a las 4.00 de la madrugada según nuestro horario habitual. Este no es evidentemente el momento más propicio para disfrutar de una visita guiada o para negociar un importante contrato con una empresa extranjera.

Los principales efectos del desfase horario incluyen cansancio, letargia, desorientación, somnolencia, y malestar general. La percepción e incluso el juicio pueden estar alterados. Estos efectos, que se prolongan varios días, pueden ser desagradables y lamentables. Si atravesamos de seis a nueve zonas horarias en un viaje de América del Norte a Europa y con únicamente una semana de vacaciones, es posible que tengamos muchas dificultades para disfrutar plenamente de este tiempo libre. Del mismo modo, si estamos en viaje de negocios, el desfase horario puede deteriorar nuestras habilidades mentales y perjudicar nuestras decisiones cuando tratemos algún asunto importante.

Dos factores principales determinan la gravedad de los síntomas del desfase horario: la dirección del vuelo y el número de zonas horarias atravesadas. El desfase horario es específico de los vuelos transmediterráneos con destino al Este o al Oeste. La fatiga, la somnolencia y la desorientación también suelen sentirse habitualmente en los vuelos con destino al Norte o al Sur; sin embargo, estos malestares están provocados sobre todo por otros factores

tales como la elevada altitud, el alcohol, la vibración, el ruido, la agitación, la ansiedad asociada al avión, la falta de sueño y la excitación que rodea a la salida. Contrariamente al desfase horario, estos síntomas desaparecen habitualmente entre las 24 y las 48 horas después de la llegada, sobre todo después de una buena noche de sueño. Sin embargo, después de haber viajado a través de varias zonas horarias, necesitaremos unos días para resincronizar nuestro reloj biológico con la hora del nuevo destino. Después de un vuelo en dirección Oeste, la persona necesita un promedio de un día para cada zona horaria (cada hora) atravesada, a fin de ajustarse al nuevo horario local. Esta adaptación puede ser incluso más larga después de un vuelo hacia el Este. Así pues, para un vuelo que parte del Este de América del Norte (Montreal, Boston, Nueva York), hará falta por lo menos una semana para adaptarse después de volar a Europa, y por lo menos de 10 a 12 días para un vuelo a Asia. ¿Por qué el ajuste es más largo después de un vuelo con destino al Este? La tendencia natural del cuerpo a funcionar durante una jornada ligeramente más larga que las 24 horas hace que sea más fácil alargar que acortar nuestros días. Cuando viajamos hacia el Oeste, nuestro reloj biológico va de alguna forma adelantado respecto de la hora local. Por ejemplo, imaginémonos nuestra primera noche después de un vuelo de Montreal a San Francisco; cuando la hora local indica las 21.00, hora del Pacífico, nuestro reloj biológico está de hecho ajustado a la medianoche. Para acelerar la adaptación a la nueva zona horaria, debemos permanecer despiertos hasta la hora local habitual de acostarse, y generalmente suele ser más fácil obligarse a permanecer despierto que obligarse a dormir. Por otro lado, cuando volvemos a la costa Este, nuestro reloj interno irá tal vez con retraso. Cuando nuestro reloj de casa nos indique que es la hora de acostarse –por ejemplo, las 23.00, hora

del Este– nuestro reloj interno estará todavía ajustado a las 20.00 h. En este caso, nuestras obligaciones nos dictan una hora de acostarnos demasiado pronto para nuestro cuerpo y puede que nos resulte difícil, cuando no imposible, obligarnos a dormir.

Cómo minimizar los efectos del desfase horario

Si sabemos que vamos a viajar atravesando tres zonas horarias o más, podemos tomar algunas medidas para atenuar los efectos del desfase horario antes de salir de casa o después de llegar a nuestro destino.

Comenzar a vivir en la hora de nuestro destino cuando subamos al avión o tan pronto como podamos antes de la salida

Pongamos nuestro reloj de pulsera en la hora de nuestro destino; ajustemos las comidas, las actividades y los períodos de sueño cada vez más en consonancia con la hora de nuestro destino. Por ejemplo, en previsión de un vuelo en dirección al oeste, vayamos a la cama y levantémonos una hora más tarde de lo habitual. Para un vuelo en dirección este, vayamos a la cama y levantémonos una hora antes de lo habitual. Si podemos adoptar este horario varios días antes de salir, llevaremos ya algo adelantado de cara a adaptarnos a la nueva hora local cuando lleguemos a nuestro destino.

A la llegada, ajustar nuestro horario de sueño a la hora local

Después de un largo trayecto atravesando cinco zonas horarias o más, probablemente estaremos agotados y con ganas de acostarnos. Una siesta corta, de menos de una hora, sería aceptable para ayudarnos a pasar el día. No obstante, evitemos dormir una siesta larga. Permanezcamos despiertos durante el período

diurno local, para que podamos dormir durante el período nocturno. La actividad física puede igualmente ser muy beneficiosa para mantenernos despiertos una vez llegados a nuestro destino.

Darnos un tiempo para recuperarnos

Durante los vuelos transcontinentales, no concertemos encuentros de negocios importantes a nuestra llegada. Tratemos más bien de llegar un día o dos antes, a fin de permitirle a nuestra mente y nuestro cuerpo superar el cansancio y la desorientación, y recuperarse del desfase horario.

Si nuestro viaje es corto (dos o tres días), conservar el horario de casa

Mantengamos nuestro reloj de pulsera con la hora de casa y, a ser posible, durmamos siguiendo nuestro horario normal. Saquemos provecho de los ritmos naturales de nuestro cuerpo y tratemos de planificar nuestras reuniones basándonos en la hora en la que funcionamos mejor estando en casa. Si nuestra vigilancia, nuestra concentración y nuestras habilidades mentales están en su mejor momento hacia las 11.00 h de la mañana y viajamos de Montreal a la costa Oeste, tratemos nuestros asuntos hacia las 14.00 h.

Cuidado con el alcohol

Las altitudes elevadas intensifican los efectos del alcohol. Algunos investigadores estiman que dos o tres cócteles consumidos a 4.000 metros en el aire tienen un efecto equivalente al de cuatro o cinco bebidas consumidas al nivel del mar. Evitemos, pues, el alcohol durante los desplazamientos que incluyan largas distancias. Si la salida la hacemos por la tarde y el vuelo es de corta duración (menos de 6-7 horas), es preferible evitar una comida

copiosa a última hora de la noche. Reservemos más bien una buena parte del trayecto para el sueño.

Un somnífero puede ser útil

Si viajamos durante varias horas en un vuelo de noche, un somnífero puede ayudarnos a dormir en el avión, Pidámosle a nuestro médico una medicación que tenga una duración de acción más bien corta (4-6 horas); de este modo se eliminará rápidamente y tendrá escasa o ninguna interferencia en nuestro funcionamiento al día siguiente.

La exposición bien planificada a la luz y a la oscuridad puede ayudarnos a ajustar nuestro horario de sueño a una nueva zona horaria

La alternancia de la luz y de la oscuridad es crucial en la obtención del cambio deseado en nuestros ritmos circadianos. Encontraremos más abajo un ejemplo que ilustra cómo minimizar los efectos del desfase horario en el caso de un vuelo de noche con destino al este, durante el cual atravesamos seis zonas horarias, por ejemplo de Nueva York a Londres. El objetivo consiste en adelantar nuestro reloj interno lo más rápidamente posible para que se corresponda con la hora de Europa.

A partir de las 22.00 h aproximadamente, hora local, mantengamos nuestro entorno lo más oscuro posible, A fin de minimizar la exposición a la luz, podemos utilizar unas gafas de sol o incluso unas gafas protectoras. Un antifaz de tela para los ojos es ideal durante el sueño. Si ya estamos en el aeropuerto y estamos esperando nuestro vuelo, llevemos las gafas de sol puestas aunque la gente a nuestro alrededor se pregunte qué nos pasa. Una vez en nuestro asiento, corramos la cortina de la ventanilla y

mantengámosla así durante todo el vuelo. La luz del día llegará más rápidamente de lo que nos esperamos debido al cambio rápido de hora. Utilicemos nuestro antifaz para los ojos mientras dormimos, dado que puede entrar una pequeña cantidad de luz incluso aunque los ojos estén cerrados. A nuestra llegada hacia las 9.00 h o las 10.00 h de la mañana, dejemos las gafas de sol a un lado y vayamos al aire libre durante unas horas. La exposición a la luz del día y un ritmo constante de actividades nos ayudarán a combatir el desfase horario. Tal vez nos sintamos cansados –soñando incluso con irnos a la cama–, pero sigamos al aire libre a fin de exponernos a la luz del día, y tratemos de permanecer activos durante toda la jornada. Si tenemos que estar en lugares cerrados, pongámonos cerca de una ventana para obtener el máximo de exposición a la luz del día.

La noche siguiente, vayamos a la cama entre las 21.00 h y las doce de la noche, hora local. Evitemos permanecer levantados hasta tarde en la noche. Si nos despertamos durante la noche –lo que será muy probable–, permanezcamos a oscuras. Cualquier exposición a la luz después de las 22.00, hora local, tendrá el efecto de contrarrestar nuestros esfuerzos. Mantengamos nuestro entorno totalmente a oscuras hasta las 8.00 h de la mañana, y pongámonos las gafas de sol si nos despertamos antes de dicha hora. Durante el segundo día de estancia en nuestro destino, mantengámonos al aire libre y activos, particularmente durante las primeras cuatro horas de la jornada. A la noche siguiente, vayámonos a la cama antes de las doce de la noche y una vez más, evitemos cualquier exposición a la luz hasta la mañana siguiente. Al tercer día de estancia, levantémonos a la hora deseada y sigamos un horario regular. Llegado este momento, la mayoría de nuestros síntomas asociados al desfase horario deben haberse atenuado.

Cuando viajemos hacia el Oeste, no tenemos más que aplicar estas líneas directrices, pero en orden inverso. En este caso, el objetivo es retrasar nuestro reloj biológico a fin de hacerlo corresponder con la hora local. Maximicemos la exposición a la luz del día durante la tarde y minimicémosla durante la primera mitad del día.

Trabajo por turnos

Del 20 al 25% de los trabajadores (el 27% de los hombres y el 16% de las mujeres) realizan una parte de su horario laboral en turnos de tarde o de noche; para unos, se trata de un horario fijo, mientras que para otros se produce una rotación del horario de trabajo. Los enfermeros y las enfermeras, los policías, los médicos, los pilotos, los camioneros, los trabajadores de las fábricas y muchos otros trabajan siguiendo unos horarios rotativos. Trabajan de día durante un cierto período de tiempo (por ejemplo, una semana), trabajan de tarde durante un período similar, y finalmente trabajan de noche. Este tipo de horario equivale a trabajar una semana en Tokio, una semana en San Francisco y una semana en París. Ello exige un reajuste constante del reloj biológico y entraña inevitablemente unos efectos perjudiciales sobre la salud y el bienestar. Varios de los síntomas asociados al trabajo por turnos son similares a los del desfase horario, con excepción del hecho de que son más persistentes –y la persona no está viajando a ninguna parte. Los trabajadores por turnos tienen más dificultades para dormir que las personas que tienen un horario fijo de día. Por término medio, los trabajadores de noche duermen de cinco a seis horas menos por semana que los trabajadores de día; su sueño diurno es más ligero y se ve más frecuentemente interrumpido. Los trabajadores de noche suelen tener con frecuencia dificultades para dormir durante el día y para permanecer despiertos durante la noche.

De ello se deriva un mayor consumo de sedantes y de estimulantes. La ingestión excesiva de cafeína combinada con un horario irregular de comidas genera con frecuencia problemas gastrointestinales en los trabajadores por turnos. Además, el período de sueño del trabajador de noche que trata de dormir durante el día no está tan protegido como el del trabajador que duerme por la noche. El teléfono, el timbre, el ruido de la calle, la agitación de los niños y otras muchas fuentes de alboroto acontecen durante la jornada y disminuyen durante la noche. El trabajador de noche debe, pues, tomar unas medidas absolutamente especiales para proteger su sueño contra estos intrusos. Si bien son muchos los trabajadores por turnos que tratan de recuperar un poco de la falta de sueño durante sus días libres, habitualmente suelen funcionar en un estado de privación crónica de sueño. El humor, la calidad de vida, la vigilancia y el rendimiento se ven afectados en gran medida.

El cansancio, las dificultades de concentración, las alteraciones del humor, al igual que las tensiones en las relaciones conyugales y familiares son otros tantos de los problemas que viven los trabajadores por turnos. El trabajador de noche pasa menos tiempo con su pareja y con sus hijos, y también tiene menos tiempo para relacionarse o incluso hacer sus recados. Nuestra sociedad está organizada para ajustarse a las necesidades del empleado que trabaja de 9.00 h a 17.00 h, y con frecuencia suele ser difícil para un trabajador de noche relacionarse o tomar parte en actividades con los amigos que tienen un horario diferente. El aislamiento social puede llegar a ser un verdadero problema.

El trabajo por turnos también genera serios problemas para la seguridad pública. Alrededor del 20% de los empleados que trabajan en el turno de tarde y del 53% de los que trabajan en el turno

de noche reconocen adormilarse durante el trabajo. El profesor Torbjörn Akerstedt, del Karolinska Research Institute de Suecia, ha registrado la actividad cerebral de los ingenieros de locomotoras durante los trayectos nocturnos. Si bien pocos técnicos admiten dormirse, este autor ha observado que muchos tenían episodios de microsueño de unos segundos de duración, sin ni tan siquiera ser conscientes de ello. Numerosos accidentes de carretera, ferroviarios, aéreos y marítimos se han asociado a errores humanos, asociados a su vez a la somnolencia durante el turno laboral de noche. La encalladura del Exxon Valdez en las costas de Alaska sucedió hacia la medianoche; el incidente de la central nuclear de Three Miles Island aconteció a las 4.00 de la madrugada. El desastre nuclear de Tchernobyl en Ucrania se produjo también durante la noche. Es muy probable que el descenso de la atención durante el período nocturno haya contribuido a estos accidentes. Se sabe igualmente que los accidentes de carretera y los errores médicos son más numerosos durante la noche, y ello aunque la circulación y el número de visitas son menos frecuentes durante este período. Los períodos prolongados de vigilia y la falta de sueño, combinados con los horarios de trabajo de noche, contribuyen a estos porcentajes de accidentes más elevados.

Afrontar el trabajo por turnos

Algunas personas prefieren trabajar siguiendo un horario de tarde o de noche, pero la mayoría lo hacen por obligación. Algunas personas se adaptan también más fácilmente que otras. Este es el caso de los trasnochadores, que tienden a estar más despiertos durante la noche, y de las personas más jóvenes. Con el paso de los años, son muchas las personas que después de mantener un horario rotativo durante la mayor parte de su vida adulta, les

cuesta cada vez más tolerar este horario de trabajo; estas dificultades se hacen mucho más marcadas hacia la cincuentena, cuando la calidad del sueño comienza a deteriorarse. Trabajar siguiendo un horario regular, de tarde o de noche, es más fácil que siguiendo un horario rotativo. Ya sea que lo hayamos elegido o que nos haya venido impuesto, un horario que cambia constantemente es más susceptible de afectar a la calidad de nuestro sueño y de nuestra vida que un horario regular. Las siguientes recomendaciones pueden ayudarnos a afrontar el trabajo por turnos y a minimizar sus consecuencias negativas.

Hacer la rotación de los horarios pasando del turno de día al turno de tarde y de ahí al turno de noche

Es más fácil adaptarse a una rotación que vaya en el sentido de las agujas del reloj (día, tarde, noche) que a una rotación que vaya en la dirección contraria de las agujas del reloj (noche, tarde, día). Esta rotación saca partido de nuestra tendencia natural a funcionar con unos días ligeramente más largos de las 24 horas, y del hecho de que es más fácil alargar nuestras jornadas que acortarlas.

Hacer la rotación de los horarios cada dos o tres días, o conservar el mismo horario durante un período de dos a tres semanas

Los horarios rotativos convencionales suelen cambiar habitualmente cada semana, de forma que nuestro reloj interno está continuamente necesitando un reajuste. Un horario que cambie con más frecuencia (cada dos o tres días) mantiene el cuerpo en un ciclo diurno, mientras que un horario que cambie únicamente cada dos o tres semanas deja suficiente tiempo al cuerpo para adaptarse plenamente al nuevo ritmo circadiano.

Si trabajamos siguiendo un horario habitual de tarde o de noche, probemos a mantener el mismo horario durante los días libres

Si retomamos el horario de día durante nuestros días libres, necesitaremos reajustarnos cada vez que volvamos a trabajar. A nivel práctico, sin embargo, suele ser difícil seguir esta recomendación si queremos mantener una cierta vida familiar y social.

Si trabajamos siguiendo un horario rotativo, comencemos a ajustar nuestro horario de sueño antes incluso de cambiar de horario

Por ejemplo, un día o dos antes de cambiar del horario de tarde al horario de noche, planifiquemos nuestro período de sueño una o dos horas más tarde de lo habitual. Cuando entremos en el turno de noche, nuestro reloj biológico ya habrá comenzado a ajustarse, facilitando así la transición. De la misma forma, antes de pasar de un horario de noche a un horario de día, planifiquemos nuestro período de sueño un poco más temprano que de costumbre. Ello facilitará la vuelta a un horario de sueño nocturno normal.

Proteger nuestro período de sueño

Existes varias causas que pueden alterar nuestro sueño durante el día. Asegurémonos de descolgar el teléfono, poner un cartel en la puerta diciendo que no nos molesten, y planifiquemos nuestro período de sueño para que coincida con que todos los ocupantes de la casa estén fuera cumpliendo con sus obligaciones. Digámosles a los amigos y a la familia que no nos visiten en esos días. Utilicemos tapones para los oídos o bien un ruido de fondo a fin de minimizar el ruido exterior.

Mantener nuestro dormitorio en la más completa oscuridad

Incluso una cantidad mínima de luz que entre por la ventana puede perjudicar a nuestro sueño e impedir que nuestro reloj biológico se ajuste a su nuevo horario. Utilicemos un antifaz para los ojos y unas cortinas opacas para las ventanas del dormitorio. A más largo plazo, puede que sea necesario trasladarse a una habitación en el sótano, completamente insonorizada y al abrigo de la luz del día.

Mantener una buena higiene del sueño

Sigamos un horario de sueño regular, evitemos los estimulantes antes de acostarnos y no tratemos de forzar el sueño. Los trabajadores de noche y los que llevan un horario rotativo tienen un riesgo más elevado de padecer insomnio que los empleados que trabajan siguiendo un horario de día regular. Así pues, es todavía más importante en su caso que respeten todos los principios relativos a una buena higiene del sueño que se explicaron en los capítulos precedentes. Idealmente, es preferible dormir sin interrupción. Si ello no es factible, planifiquemos tener dos períodos de sueño separados, uno por la mañana y otro más tarde, pasado el mediodía o al comienzo de la tarde. Si bien las siestas no están generalmente recomendadas en los casos de insomnio, una siesta corta puede ayudar a los trabajadores de noche a compensar los períodos de sueño más cortos durante el día y asegurarse de estar más despiertos durante la noche. Al igual que sucede con el insomnio nocturno, un hipnótico ocasional puede ayudar en los casos de insomnio diurno; sin embargo, no está claro que una mejora del sueño durante el día mejore la vigilancia o el rendimiento durante la noche.

Otros métodos para volver a poner el reloj en hora

La luminoterapia

La terapia por medio de la luz viva o luminoterapia puede ser muy útil para ciertas modalidades de insomnio asociadas a irregularidades de los ritmos biológicos. Tal como se explicó anteriormente, el ciclo día-noche tiene una influencia de primera magnitud sobre el ciclo sueño-vigilia y sobre otras varias funciones biológicas. Por ejemplo, la oscuridad activa la segregación de melatonina, mientras que la luz suprime su producción. La temperatura del cuerpo también está asociada muy estrechamente a los ciclos día-noche y sueño-vigilia; es más baja cuando la somnolencia es más intensa (hacia las 4 h) y alcanza su punto más alto cuando la vigilancia está más agudizada (al final de la mañana). La exposición a la luz viva puede acelerar o retardar la evolución de ciertos ritmos circadianos durante el transcurso del día y de la noche. Esta intervención puede ayudar a resincronizar nuestro ritmo biológico con el horario deseado.

El momento y la intensidad de la luminoterapia son dos factores importantes que determinan la dirección (aceleración o desaceleración) y la intensidad del efecto observado. La exposición a la luz viva durante la tarde retarda la evolución de los ritmos circadianos, manteniéndonos en estado de alerta e incitándonos a ir a la cama más tarde por la noche. Se trata del momento ideal de exposición para las personas que tienen un problema de adelanto de la fase del sueño (véase la figura 10.1). Este método puede demostrar ser útil para reducir los despertares precoces de madrugada, un problema particularmente frecuente en las personas mayores. La exposición a la luz viva por la mañana temprano produce el efecto contrario; ello acelera la evolución de los ritmos circadianos,

haciendo que sintamos somnolencia más pronto por la noche. Este período de exposición es ideal para las personas que tienen un problema de retraso de fase. La intensidad de la luz también es importante para determinar la amplitud del efecto observado. La exposición a la luz natural del día durante las horas de sol produce un efecto máximo y acelera la adaptación al desfase horario. Una luz muy viva (alrededor de 2.500 lux, lo que sería unas cinco veces más intensa que la luz habitual de un despacho de trabajo) suele ser no obstante necesaria para maximizar el cambio deseado de los ritmos circadianos. Existen varios tipos de aparatos de luminoterapia en el mercado –esencialmente una caja con varios tubos fluorescentes. Si tenemos intención de utilizar uno, estaría bien hablarlo con un experto del sueño a fin de determinar la intensidad, el momento y la duración óptima de la exposición a la luz que sean útiles para nuestra modalidad de insomnio. Jamás debemos fijar la vista directamente en la luz; sin embargo, es preciso que la luz penetre en el interior de la retina del ojo para que llegue al cerebro y produzca el efecto esperado. Según el tipo de aparato utilizado, podemos permanecer sentados delante de la luz viva al tiempo que realizamos otras actividades tales como leer o ver la televisión. Utilizada inadecuadamente, la exposición a la luz viva puede tener un efecto contrario sobre nuestro ciclo sueño-vigilia.

La terapia por medio de la luz viva es un enfoque prometedor para tratar una variedad de trastornos del sueño, además de los problemas del retraso y del adelanto de fase. Los estudios realizados por el Dr. Charles Czeisler y sus colaboradores en la universidad de Harvard han demostrado que puede ayudar a los trabajadores de noche a dormir mejor durante el día y a mantenerse más alerta por la noche. Otros estudios realizados en viajeros aéreos y pilotos de avión demuestran que la exposición a la luz viva antes

de la salida o de la llegada al destino puede acelerar la sincronización con la hora local. También puede disminuir la intensidad y la duración de los síntomas del desfase horario. La terapia mediante la luz viva también ha demostrado su utilidad para tratar a las personas aquejadas de un trastorno afectivo estacionario, una modalidad de depresión asociada a la reducción de la exposición a la luz durante el período invernal. En algunos países nórdicos donde la luz del día está completamente ausente durante muchos de los días del invierno, la depresión estacional y los problemas de vigilia-sueño son particularmente frecuentes.

Melatonina

La melatonina, hormona segregada durante la noche por la glándula pineal, alcanza su concentración máxima hacia las 2.00 de la madrugada durante el sueño, y únicamente en ausencia de exposición a la luz. La administración de melatonina sintética puede, así pues, ser de utilidad para contrarrestar ciertos problemas de sueño asociados al trabajo de noche y al desfase horario. La melatonina permite resincronizar los ritmos biológicos y, por tanto, el ritmo del sueño. Es importante, sin embargo, tomar esta sustancia en el momento oportuno. Para ajustarse a un nuevo horario de sueño, habrá que tomar la melatonina varias horas antes de comenzar este nuevo horario a fin de reproducir una concentración similar a la observada de forma natural durante el período de sueño. Dado que la melatonina no tiene ningún efecto sedante ni hipnótico como los somníferos, esta sustancia no es eficaz para los problemas de insomnio descritos anteriormente. Se trata más bien de una medicación que vuelve a poner las agujas en hora en determinados contextos muy específicos. La melatonina está disponible en venta libre y la Sanidad canadiense u otros organismos simila-

res ejercen un escaso control sobre la misma. Por tanto, sabemos poco sobre los efectos secundarios de esta sustancia o incluso la dosis óptima para obtener los resultados deseados. Hay que ser prudentes antes de utilizar esta sustancia. Aunque se trate de una línea de investigación prometedora, todavía es demasiado pronto para pronunciarse más sobre los efectos beneficiosos de esta hormona natural para los diferentes trastornos del sueño.

Cronoterapia

La cronoterapia consiste en ir corriendo nuestra hora de acostarnos unas tres horas cada día. Por ejemplo, si nuestra hora habitual de acostarnos son las 23.00 h, la pasaremos a las 2.00 de la madrugada la primera noche, a las 5.00 la segunda noche, a las 8.00 la tercera, y así sucesivamente hasta darle la vuelta al reloj y llegar a la hora deseada de acostarnos. Aunque la hora de acostarnos y de levantarnos se desplace más tarde, el período total de ocho horas de sueño se mantiene constante. Este período se va avanzando gradualmente de las 23.00 a las 7.00, de las 2.00 a las 10.00, de las 5.00 a las 13.00, y así sucesivamente. Se puede tardar entre una y dos semanas en darle la vuelta al reloj.

Este tratamiento está concebido para los insomnes cuyo reloj interno va demasiado lento en relación con el horario deseado de sueño. Este problema del retraso de fase aparece descrito más arriba en este mismo capítulo. La cronoterapia requiere la colaboración de los miembros de la familia, y puede incluso exigir que nos tomemos una baja laboral durante unos días. A veces, se pueden obtener los mismos resultados fijando una hora estricta de levantarse por las mañanas, aplicando los restantes procedimientos que se describen en el capítulo 6.

11

LOS MEDICAMENTOS PARA DORMIR

La farmacoterapia es con mucho el método más frecuente utilizado para tratar el insomnio. Se estima que alrededor del 10% al 15% de la población utilizan medicamentos para dormir, con o sin receta, a lo largo de un período de un año. Una encuesta reciente realizada en Canadá muestra que al menos una de cada tres personas que padece insomnio ha utilizado algún somnífero durante el transcurso del último año y otro tanto han utilizado algún producto sin receta médica o bien alcohol para ayudarse a dormir. Los medicamentos para dormir son utilizados en gran medida por las mujeres, las personas mayores, así como las personas que tienen un nivel de estrés más elevado y una salud física menos buena. En este capítulo, revisaremos los diferentes tipos de medicamentos utilizados para dormir y analizaremos sus efectos sobre el sueño; explicaremos igualmente sus efectos secundarios, limitaciones, indicaciones y contraindicaciones. Las personas que tengan un problema de dependencia de los somníferos encontrarán aquí un método para dejarlos que les ayudará a superar este mal hábito.

Clases de medicamentos para dormir

Existe una variedad de medicamentos que se recetan para dormir (véase la tabla 11.1). Alrededor de una media docena de medicamentos han sido aprobados por las agencias gubernamentales e introducidos en el mercado específicamente para tratar el insomnio; se trata de hipnóticos o somníferos. Varios de estos medicamentos pertenecen a la clase de las llamadas benzodiacepinas o bien a una clase química de la misma familia que actúa sobre los mismos receptores del cerebro. Entre los disponibles en Canadá, mencionaremos la zopiclona (Limovan), el temazepam (Restoril), el nitrazepam (Mogadon), el flurazepam (Dormodor), y el triazolam (Halcion). Otros medicamentos, como los ansiolíticos, también se recetan para el insomnio, habitualmente cuando la ansiedad forma parte del problema de sueño. Entre estos, los que se recetan más comúnmente son el lorazepam (Idalprem) y el clonazepam (Rivotril). Incluso ciertos antidepresivos que tienen efectos sedantes se recetan para dormir. Por ejemplo, la trazodona (Deprax) o la mirtazapina (Remeron) provocan somnolencia como efecto secundario y se utilizan en el tratamiento del insomnio. La dosis utilizada para tratar el insomnio es mucho más pequeña que la utilizada para la depresión. Aunque los riesgos de tolerancia y de habituación a los antidepresivos sean menos elevados que con los somníferos tradicionales, ciertos antidepresivos provocan más efectos secundarios. También, aunque estos medicamentos puedan ser útiles para tratar los problemas de sueño asociados a la depresión, todavía sabemos poco acerca de sus efectos sobre el sueño de los insomnes no deprimidos. Finalmente, aunque ciertos antidepresivos pueden ser útiles para tratar el insomnio, otros pueden tener el efecto contrario y generar insomnio, particularmente si se toman a la hora de acostarse. Este es el caso, por ejem-

Tabla 11.1
Medicamentos que se recetan para el insomnio

Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis habitual/ noche (mg)
Hipnóticos		
Estazolam*	Prosom	1-2
Flurazepam	Dormodor	15-30
Quazepam*	Quiedorm	7,5-30
Temazepam	Restoril	7,5-30
Triazolam**	Halcion	0,125-0,25
Nitrazepam	Mogadon	5-10
Zolpidem*	Stilnox	5-10
Zolpidem - Acción prolongada*	Stilnox CR	6,25-12,5
Zopiclona	Limovan	3,75-7,5
Eszopiclona*	Lunesta	1-3
Zaleplon*	Sonata	5-20
Ramelteon*	Rozerem	8
Melatonina - Acción prolongada*	Circadin	2
Ansiolíticos		
Alprazolam	Trankimazin	0,25-2
Bromazepam	Lexatin	1,5-6
Clordiazepóxido	Librium	10-30
Clonazepam	Rivotril	0,5-2
Clorazepato	Tranxilium	3,75-15
Diazepam	Valium	5-10
Ketazolam	Sedotime	15-30
Lorazepam	Idalprem	0,5-3
Oxazepam	Serax	10-30
Antidepresivos		
Amitriptilina	Tryptizol	10-50
Doxepina	Sinequan	10-50
Trazodona	Deprax	25-100
Trimipramina	Surmontil	10-50
Mirtazapina	Remeron	15-45

* Disponibles en Estados Unidos o en Europa, pero no en Canadá.
** El triazolam ha sido prohibido en varios países europeos.

plo, del Prozac, un antidepresivo que produce un efecto energizante y puede alterar el sueño.

Existen asimismo otros hipnóticos disponibles en Estados Unidos o en Europa, pero que no están disponibles en Canadá, probablemente por razones comerciales. Por ejemplo, el zolpidem (Stilnox, Stilnox CR), uno de los hipnóticos más vendidos en el mundo, y la eszopiclona (Lunesta), de la misma familia de la zopiclona, son medicamentos que tienen unos efectos más específicos sobre el sueño y entrañan generalmente menos efectos secundarios. Una nueva clase de medicamentos que actúan sobre los receptores de la melatonina, hormona que se segrega de forma natural durante la noche, ha aparecido igualmente en el mercado a lo largo de los últimos años. Por ejemplo, el Rozerem y el Circadin ofrecen actualmente nuevas opciones terapéuticas para determinados tipos de insomnio asociados al desfase horario, al trabajo por turnos u otras formas de insomnio ligadas a una desregulación de los ritmos biológicos.

Ciertos medicamentos que existen desde hace varios años, muy populares durante los años sesenta y setenta, se recetan rara vez hoy en día debido al riesgo de dependencia, los efectos tóxicos y la interacción con otros medicamentos. Estos fármacos son el meprobamato, el hidrato de cloral, la glutetimida y una clase de medicamentos conocidos con el nombre de barbitúricos (por ejemplo, Seconal, Nembutal). Si bien algunas personas mayores todavía puede que sigan utilizando estos medicamentos, generalmente están desaconsejados en razón de los riesgos mucho más elevados asociados a estos productos, y de la disponibilidad de unos medicamentos más eficaces y menos nocivos. Algunos fármacos utilizados en el tratamiento de la psicosis se recetan ocasionalmente en algunos casos de insomnio recalcitrante, práctica ésta que generalmente no está apoyada por los expertos en el sueño.

Varios medicamentos están igualmente disponibles sin receta: Sominex, Unisom, Sleep-Eze, Nytol, Tylenol PM [Dormplus, Soñodor, Dormidina, etc.]. El principal ingrediente activo de estos productos sin receta es un antihistamínico, la difenhidramina, similar al que contienen los medicamentos contra la gripe y contra las alergias (por ejemplo, el Benadryl). Como la somnolencia es un efecto secundario de los antihistamínicos, la industria farmacéutica se apoya en este efecto para comercializarlo en el tratamiento del insomnio. A pesar de los millones de dólares que se gastan anualmente en publicidad, existen pocos datos científicos que demuestren que estos productos son eficaces. Pueden producir somnolencia, pero rara vez son lo bastante potentes como para inducir el sueño en una persona que padezca insomnio grave. A veces, un antihistamínico puede incluso tener el efecto opuesto y ponernos más tensos, sobreexcitados y despiertos. Aunque algunas personas afirmen que tales medicamentos facilitan el sueño, la eficacia clínica de estos productos es dudosa. Es preciso recordar que el efecto placebo en el tratamiento del insomnio es muy potente. Si una persona cree firmemente que un medicamento o un producto natural será eficaz, existen muchas probabilidades de observar una cierta mejoría del sueño, mejoría que se deberá en parte a un efecto placebo –es decir, a las creencias y las expectativas de la persona respecto de este tratamiento.

Varios productos naturales de venta libre han aparecido igualmente en el mercado con la indicación de favorecer un sueño de mejor calidad. Por ejemplo, la melatonina sintética, disponible en los almacenes de productos naturales, se vende como una pastilla natural para dormir mejor, porque en principio debería reproducir los mismos efectos que la melatonina segregada de forma natural por el cerebro durante el transcurso de la noche. Las inves-

tigaciones indican que la melatonina podría ser útil para ciertas formas de insomnio ligadas al desfase horario o al trabajo de noche. La melatonina no produce un efecto hipnótico como los somníferos; se trata más bien de un efecto que permite resincronizar el ritmo biológico en función del desfase horario o del horario de trabajo. En razón de su mecanismo de acción diferente, la melatonina no es necesariamente eficaz para tratar los casos de insomnio clásico con dificultades para inicial o para mantener el sueño.

La valeriana es un producto natural, extraído de las raíces de una planta, que también es muy popular para reducir el estrés, la ansiedad, y para mejorar el sueño. La valeriana puede efectivamente producir un cierto efecto soporífero, pero este efecto es más bien modesto y habitualmente no suele ser suficiente para tratar el insomnio grave. Contrariamente a los somníferos, este efecto no se manifiesta necesariamente desde la primera noche de tomarla; se hace sentir más bien a raíz de utilizarla durante varias noches consecutivas.

Aunque estos productos naturales puedan ser de cierta utilidad para las personas que tengan problemas leves de sueño, hay que ser prudentes porque su introducción en el mercado no está reglamentada por las agencias gubernamentales sanitarias (Santé Canadá, Food and Drug Administration) al igual que sucede con los medicamentos con receta. Por tanto, se sabe todavía muy poco sobre las posologías óptimas, los efectos secundarios y los riesgos asociados a estos productos. Y que un producto sea natural ¡no significa necesariamente que sea un producto sin peligro!

El alcohol, como ya vimos anteriormente, es un depresor del sistema nervioso central. Si bien puede ayudar a una persona que

está tensa a dormirse más rápido, no está recomendado para el insomnio porque su efecto global provoca un sueño más alterado. A medida que el cuerpo va metabolizando el alcohol, el efecto de abstinencia genera despertares nocturnos y nos despertamos más pronto de mañana, a veces con resaca. El alcohol desplaza el sueño paradójico a altas horas de la madrugada y ocasionalmente la gente se despierta con unos sueños desagradables o incluso con pesadillas.

Los efectos terapéuticos de los hipnóticos

A corto plazo, la mayoría de los hipnóticos que se recetan facilitan el sueño. Por regla general, acortan el tiempo que se tarda en dormirse y reducen el número y la duración de los despertares nocturnos, produciendo también un aumento de la duración total del sueño. Si bien la respuesta varía de una persona a otra, la mayoría de los hipnóticos producen una sensación subjetiva de dormir mejor. Los efectos más específicos varían según los medicamentos y su composición química. Por ejemplo, un medicamento como la zopiclona (Limovan) se absorbe rápidamente y tiene una acción más rápida, de manera que es particularmente útil para las dificultades para conciliar el sueño. Otros, como el temazepam (Restoril), tardan un poco más de tiempo en absorberse y sus efectos son retardados; serían, pues, más apropiados para las dificultades en permanecer dormido. Finalmente, un medicamento como el flurazepam (Dormodor) tiene un efecto rápido y prolongado durante el transcurso de la noche. Puede, pues, ser de utilidad para las personas que tienen dificultades para dormirse y para permanecer dormidos; sin embargo, dado que su duración de acción es muy larga, este medicamento corre el riesgo de provocar efectos residuales de somnolencia al día

siguiente de su utilización. Los nuevos medicamentos de acción prolongada (zolpidem y melatonina) son particularmente útiles para las dificultades en permanecer dormido durante la segunda mitad de la noche, sin no obstante provocar más efectos residuales durante el día.

Las limitaciones de los hipnóticos

Si bien la mayoría de los hipnóticos son eficaces a corto plazo, también tienen ciertas limitaciones. De entrada, estos medicamentos pierden generalmente su eficacia cuando se utilizan todas las noches durante un período prolongado. Con la utilización regular, los receptores del cerebro se habitúan a su composición química y desarrollan una tolerancia al medicamento. Cuando ello sucede, la dosis debe ser aumentada para que el medicamento continúe produciendo el efecto deseado. Si bien el tiempo requerido para desarrollar una tolerancia varía según los sujetos, una vez que se alcanza la dosis más elevada sin abandonar el margen de seguridad, nos encontraremos en un callejón sin salida. Más adelante en este mismo capítulo expondremos algunas medidas concretas para salir de este atolladero. Por el momento, digamos que por esta razón, los somníferos están concebidos para una utilización a corto plazo. Más tarde o más temprano, pierden su eficacia. Además, se corre el riesgo de que aparezcan problemas adicionales ya sea en el curso del tratamiento o a raíz de su interrupción. Entre estos, señalaremos una alteración de la fisiología del sueño, efectos secundarios durante el día, el insomnio de rebote y la dependencia.

Todos los hipnóticos modifican la arquitectura del sueño, es decir, la proporción de tiempo pasado en las diferentes fases del

sueño. Si bien la continuidad y la duración del sueño mejoran, su calidad disminuye con frecuencia. Por ejemplo, casi todos los hipnóticos disminuyen el tiempo pasado en la fase 1 (el sueño ligero) y aumentan el tiempo pasado en la fase 2. Disminuyen también la cantidad de sueño pasado en las fases 3-4, es decir, el sueño más profundo y más reparador. Ciertos medicamentos también pueden disminuir el sueño paradójico o de los sueños, si bien ello depende de la dosis y puede variar según los fármacos y los sujetos. La reducción del sueño paradójico es mucho más pronunciada con los antiguos hipnóticos, tales como los barbitúricos, así como con ciertos antidepresivos. El significado exacto de esta disminución del sueño paradójico no está claro, pero cuando se interrumpen estos medicamentos, se observa a menudo un aumento marcado de la cantidad de sueño paradójico (un efecto de rebote), que se puede manifestar a través de la presencia de sueños desagradables o de pesadillas.

Uno de los aspectos más intrigantes de los somníferos puede ser tal vez que sus efectos objetivos sobre el sueño, tal como aparecen medidos por la actividad cerebral, no se corresponden necesariamente con la percepción subjetiva del sueño. En uno de los capítulos anteriores, vimos que algunas personas que padecen insomnio tienden a sobrevalorar el tiempo que tardan en dormirse y el tiempo que permanecen despiertos durante el transcurso de la noche, y a infravalorar el tiempo total de sueño, por contraste con los resultados de los tests de laboratorio. Los somníferos, particularmente las benzodiacepinas, tienden a provocar el efecto contrario, es decir, que bajo el efecto de la medicación algunas personas tienden a subestimar el tiempo que pasan despiertos durante el transcurso de la noche y a sobreestimar el tiempo total de sueño. El siguiente caso permite ilustrar este último punto:

Josée utiliza medicamentos para dormir desde hace 10 años, alternando el Orfidal y el Mogadon. A fin de evaluar su problema de insomnio, decidimos hacerle pasar una noche en nuestro centro de estudio de trastornos del sueño. Dado que estamos interesados en obtener una muestra de su sueño habitual, se le permite, pues, tomar su Orfidal como suele hacer en casa. Los resultados de la prueba indican que Josée ha dormido alrededor de seis horas de las ocho que se ha pasado en la cama. Ha tardado alrededor de 30 minutos en dormirse y se ha pasado una hora y media despierta durante la noche. Estos resultados son un tanto sorprendentes, dado que Josée afirma, en el cuestionario que rellena a la mañana siguiente, que ha dormido prácticamente toda la noche, despertándose tal vez una o dos veces, pero no más de 10 o 15 minutos.

Las investigaciones científicas indican que los medicamentos para dormir, principalmente las benzodiacepinas, provocan amnesia y modifican la percepción del sueño. En efecto, estos medicamentos interfieren en el recuerdo de los acontecimientos sucedidos después de tomar la medicación. Para la mayoría de los insomnes, ello significa que aunque el sueño continúe estando alterado, no recuerdan necesariamente estos despertares nocturnos a la mañana siguiente. Así pues, el somnífero podría actuar alterando el nivel de conciencia y el recuerdo de los despertares nocturnos. En el ejemplo anterior, Josée se acordaba vagamente de haberse despertado a lo largo de la noche, pero no pensaba ciertamente que hubiera estado despierta durante una hora y media. Este fenómeno del insomnio inconsciente puede explicar por qué ciertas personas continúan utilizando medicamentos para dormir durante años, aunque sea muy posible que dichos medicamentos hayan dejado de tener un efecto terapéutico.

¿Cuáles son los efectos secundarios?

Los hipnóticos disponibles en el mercado hoy en día son generalmente mucho más seguros que los utilizados hace una treintena de años. Sin embargo, dado que la mayoría de los hipnóticos actúan directamente sobre el sistema nervioso central, siempre existe el riesgo de la aparición de efectos secundarios al día siguiente. Entre los más frecuentes, señalaremos la somnolencia, el aturdimiento y el dolor de cabeza. Menos del 5% de los consumidores informan de estos efectos. Sin embargo, la naturaleza y la severidad de estas reacciones varían según el tipo de medicamento y la dosis utilizada. Por ejemplo, los medicamentos de acción prolongada, como el Dormodor, son metabolizados más lentamente y permanecen en el sistema nervioso durante una buena parte del día siguiente. Estos medicamentos son más susceptibles de dejarnos aturdidos a la mañana siguiente; la somnolencia residual puede incluso prolongarse durante toda la jornada y perjudicar a nuestras actividades rutinarias o incluso a la conducción automovilística. Las personas mayores metabolizan los medicamentos más lentamente. Las que utilizan un medicamento que tenga una vida media larga tienen un riesgo más elevado de tener problemas de equilibrio y posiblemente más caídas que las personas que utilizan un medicamento que tenga una vida media corta o que no tomen ninguno. Los medicamentos que tienen una vida media corta se eliminan más rápidamente, pero pueden generar ansiedad o despertares precoces.

La mayoría de las personas que utilizan un somnífero lo hacen para asegurarse de funcionar bien al día siguiente. Sin embargo, hay que ser prudentes ya que ciertos medicamentos pueden perturbar las funciones cognitivas y mentales como la vigilancia, la atención y la memoria. Además, estos deterioros suelen atribuir-

se erróneamente al insomnio cuando de hecho pueden ser los efectos residuales de un somnífero de acción prolongada. Así pues, es importante sopesar bien los efectos beneficiosos iniciales de un somnífero con relación a los efectos residuales que ocasiona. Otro riesgo potencial de los hipnóticos es que pueden generar interacciones no deseadas con otros medicamentos utilizados para tratar otros problemas médicos. Es, pues, muy importante informar siempre bien a nuestro médico de todos los medicamentos que tomamos.

El insomnio de rebote, un agravamiento marcado de las dificultades para dormir, es un problema que aparece cuando la persona deja de utilizar un hipnótico después de tomarlo regularmente durante varias noches. Este problema es particularmente pronunciado en el caso de los medicamentos de vida media corta, porque se eliminan más rápidamente del sistema nervioso. El insomnio de rebote suele ser habitualmente un fenómeno transitorio. Sin embargo, se acompaña con frecuencia de ansiedad o de aprensión asociadas a la posibilidad de ya no ser capaz de dormir sin pastillas, lo que incita a algunas personas a retomar la medicación y alimentar así un círculo vicioso de dependencia de los somníferos. Retomaremos este aspecto más adelante.

¿Cuándo pueden ser de ayuda los hipnóticos?

La utilización a corto plazo de una medicación para dormir puede estar indicada en ciertas situaciones. Puede ser útil si tenemos un insomnio agudo y situacional derivado de algún estrés importante en nuestra vida –por ejemplo, la muerte de una persona cercana, una separación, una intervención quirúrgica inminente o una hospitalización. Una medicación para dormir también

puede ayudar a afrontar el desfase horario o las dificultades para dormir asociadas a ciertas afecciones médicas. En tales circunstancias, un somnífero a corto plazo puede ser de gran utilidad para afrontar mejor los acontecimientos vitales y los períodos difíciles. Es importante, sin embargo, limitar su utilización a un período corto de tiempo, preferiblemente unas pocas noches o, todo lo más, durante unas pocas semanas. En tales circunstancias, no deberíamos sentir ninguna culpabilidad ni temor de desarrollar ninguna dependencia.

Si tenemos problemas de sueño crónicos, el consumo ocasional de un hipnótico puede servir de salvavidas y romper el círculo vicioso del insomnio y la ansiedad de ejecución. Este enfoque debe, sin embargo, combinarse con el método conductual expuesto en este libro, que consiste en modificar nuestros hábitos de sueño. ¿La utilización a largo plazo de un hipnótico puede estar justificada o incluso indicada en el caso de determinadas personas? La respuesta a esta pregunta no es sencilla. Idealmente, no se debería tomar ningún somnífero durante un período largo de tiempo, por las razones mencionadas anteriormente. En la práctica, algunas personas son más vulnerables al insomnio crónico, y ello a pesar de unos hábitos sanos de sueño. Es probable que algunas modalidades de insomnio, de origen biológico o hereditario, necesiten un tratamiento a largo plazo. El problema es que existe poca evidencia actualmente disponible respecto de que los hipnóticos continúen siendo eficaces a largo plazo cuando se toman todas las noches. Actualmente están en curso algunas investigaciones para evaluar nuevos medicamentos y también nuevos modelos de tratamiento a largo plazo utilizando la medicación de forma intermitente (cada 2-3 noches) a fin de prolongar los efectos terapéuticos.

¿Cuándo hay que evitar los hipnóticos?

Los medicamentos para dormir jamás deben mezclarse con el alcohol; las dos sustancias son depresores del sistema nervioso central y sus efectos combinados pueden ser muy peligrosos. Los hipnóticos, al igual que otros muchos medicamentos, no deben ser utilizados por las mujeres embarazadas porque la sustancia química atraviesa la placenta y puede afectar al desarrollo del feto. Evitemos también utilizarlos si estamos de guardia o corremos el riesgo de que nos llamen para trabajar en mitad de la noche. Si tratamos de sacarnos de un sueño inducido por un somnífero antes de que los efectos se hayan disipado, la vigilancia, el juicio y el rendimiento se pueden resentir durante un cierto tiempo. No utilicemos medicamentos para dormir si tenemos síntomas de apnea, un problema éste asociado a la respiración durante el sueño: los hipnóticos (sobre todo del tipo de la benzodiacepinas) ralentizan la respiración y pueden agravar el problema de la apnea. Un hipnótico del tipo de las benzodiacepinas (Idalprem) utilizado ocasionalmente puede ser útil para las personas que padecen ansiedad, pero debemos evitarlo si el presunto diagnóstico es de depresión. Este tipo de hipnóticos tiene por efecto principal ralentizar el sistema nervioso central. En las personas deprimidas, estos medicamentos agravarán los síntomas de enlentecimiento, la letargia y la depresión. Cuando el insomnio está asociado a un trastorno psiquiátrico, es preciso igualmente hacer hincapié en el tratamiento de la afección subyacente con ayuda de la psicoterapia, de la farmacoterapia o de una combinación de ambas. Sin embargo, no hay que dar por hecho que el tratamiento de dicha afección subyacente vaya necesariamente a solucionar el problema del insomnio. Es esencial tratar las dos afecciones, el

insomnio y la depresión, de manera simultánea a fin de obtener unos resultados beneficiosos tanto para el sueño como para el estado de ánimo.

Las personas mayores deben ser particularmente prudentes cuando tomen hipnóticos. Dado que son más sensibles que los adultos jóvenes a los efectos de estos medicamentos, las dosis deben ser menos elevadas. Además, las personas mayores metabolizan los medicamentos más lentamente que los jóvenes y tienen más riesgo de padecer los efectos residuales de los somníferos que tienen una duración de acción más prolongada. Cuando se toman todas las noches, estos medicamentos pueden producir un efecto acumulativo y generar un estado de confusión o de alteración de la motricidad. Los riesgos de caídas se acentúan, por consiguiente, cuando la persona mayor sale de la cama por la noche para ir al baño, o en el momento de levantarse a la mañana siguiente. Los efectos residuales tales como la somnolencia diurna y la disminución de la vigilancia al volante son también más pronunciados en las personas mayores. Dado que generalmente suelen tomar otros medicamentos para el tratamiento de otras afecciones médicas, las personas de edad tienen también más riesgo de sufrir interacciones perjudiciales entre las diferentes clases de medicamentos.

En resumen, la utilización ocasional de hipnóticos puede ser útil para abordar un problema de insomnio agudo, pero su eficacia disminuye bastante rápidamente cuando se utiliza a diario. Las ventajas iniciales deben ser evaluadas en relación con los efectos residuales durante el día, y con la posibilidad de desarrollar una dependencia si los medicamentos se utilizan de forma regular durante un período prolongado.

El círculo vicioso de la dependencia de los somníferos

No todas las personas que toman un somnífero durante un período estresante de su vida se vuelven dependientes de estos medicamentos; el riesgo aumenta de resultas de una utilización regular y prolongada. La dependencia de un medicamento no aparece en unas pocas noches; se desarrolla más bien gradualmente con la utilización reiterada, que genera finalmente una tolerancia, seguida de abstinencia, insomnio de rebote y miedo de no volver a ser capaz de dormir sin medicación (véase la figura 11.1). La mayoría de las personas comienzan a utilizar hipnóticos durante un período de estrés, una hospitalización o cuando ya no pueden sobrellevar las secuelas de un insomnio crónico. A pesar de su utilidad en tales circunstancias, el problema es que muchas personas continúan tomando el somnífero, a menudo por costumbre, incluso aunque la situación inicial haya mejorado.

Las recetas son a veces renovadas (por teléfono) sin ni tan siquiera verificar si el sueño está siempre alterado. Cuando el medicamento para dormir se utiliza diariamente, nuestro cuerpo se habitúa y desarrollamos una tolerancia; se hace entonces necesario un aumento de la dosis para preservar el efecto hipnótico deseado. Cuando se alcanza la dosis máxima recomendable, nos encontramos atrapados en un callejón sin salida. El somnífero ha perdido su eficacia, pero cualquier intento de dejar de tomarlo genera un agravamiento de las dificultades para dormir y éstas se vuelven a veces peores de lo que lo eran antes de empezar a tomar pastillas. Es entonces cuando muchas personas entran en un ciclo de pensamientos catastróficos y de interpretaciones erróneas. Aunque este insomnio de rebote y otros síntomas de

abstinencia sean transitorios, muchos temen volver al insomnio crónico. Este temor lleva a la persona a creer que es absolutamente necesario volver a tomar somníferos para mantener un cierto control sobre el sueño. Cuando la medicación se vuelve a tomar después de pasar varias noches de insomnio, suele ser muy eficaz al principio. Ello refuerza la creencia de que la medicación es necesaria, lo que mantiene el círculo vicioso de la dependencia.

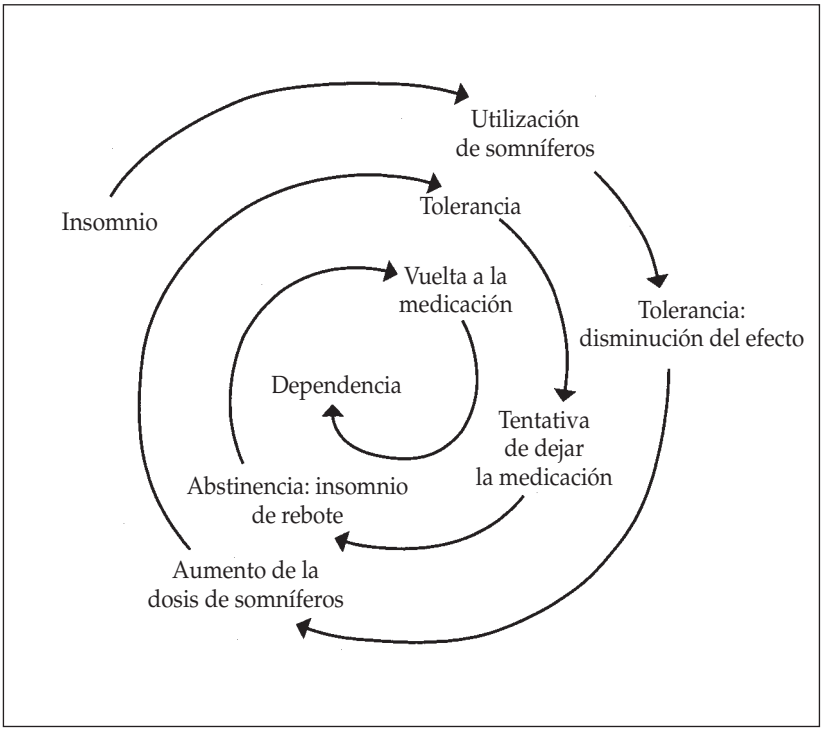


Figura 11.1: El círculo vicioso de la dependencia de los somníferos.

La mayoría de los somníferos que se recetan hoy en día son más seguros y crean menos dependencia, a nivel fisiológico, que los utilizados hace 20 o 30 años. Ahora bien, la dependencia de los somníferos suele ser de naturaleza más psicológica que fisiológica. El condicionamiento desempeña un papel importante en la utilización compulsiva de los hipnóticos. El insomnio y sus consecuencias se suelen percibir como un estado desagradable. El somnífero elimina rápidamente este estado desagradable, lo que refuerza la conducta de tomar medicamentos. Para mantener su eficacia, habitualmente se suele recomendar tomar el somnífero únicamente en caso de necesidad. Si bien ello retarda la aparición de la tolerancia, esta utilización ocasional contribuye a generar el siguiente círculo vicioso: padecemos insomnio, tomamos una medicación, desarrollamos una tolerancia, intentamos dejar la medicación, nos sobreviene un insomnio de rebote y volvemos a tomar la medicación. Al final, tenemos dos problemas en lugar de uno solo: el insomnio y la dependencia de los somníferos.

Un método estructurado para dejar de tomar somníferos

Si tomamos somníferos de forma regular desde hace más de varias semanas, tal vez sea el momento de poner fin a este hábito. No existe actualmente ningún somnífero que produzca un sueño natural. No podemos comprar el sueño, ni con la mejor medicación del mundo. Más tarde o más temprano, el consumo de somníferos tendrá unas repercusiones. Probablemente estemos bien informados acerca de estos hechos, pero como la mayoría de las personas que solemos ver en nuestra clínica, probablemente nos sintamos acorralados, atrapados en un callejón sin salida. En esta sección, encontraremos algunas medidas concretas para ayudar-

nos a dejar o a reducir la utilización de somníferos. Antes de iniciar la deshabituación, hablemos de nuestra intención con el médico que nos receta los medicamentos o bien con nuestro farmacéutico. Idealmente, debemos hablar con nuestro médico del programa que se propone más abajo, y adaptarlo al tipo específico de medicación y a la dosis utilizada.

Tabla 11.2

Ejemplo de calendario de deshabituación de los somníferos

Semana	Medicamento/ dosis (mg)	Número de noches	Cantidad total semanal (mg)	% de reducción de la dosis	% de confianza
Semana 1	Idalprem/ 2 mg	7	14	—	—
Semana 2	Idalprem/ 1,5 mg	7	10,5	25%	80%
Semana 3	Idalprem/ 1 mg	7	7	50%	65%
Semana 4	Idalprem/ 0,5 mg	7	3,5	75%	75%
Semana 5	Idalprem/ 0,5 mg	5	2,5	82%	80%
Semana 6	Idalprem/ 0,5 mg	3	1,5	89%	75%
Semana 7	Idalprem/ 0,5 mg	2	1	93%	60%
Semana 8	Idalprem/ 0,5 mg	1	0,5	96%	80%
Semana 9	Ninguno	0	0	100%	75%
Semana 10	Ninguno	0	0	100%	85%

1. Elegir una fecha

Elijamos la fecha de comienzo de nuestro programa de deshabituación y hagámoslo saber a nuestra pareja, a un amigo, o a una persona cercana de la familia. Este compromiso público consolidará nuestra motivación de seguir adelante y nos permitirá obtener el apoyo social que necesitamos. Elijamos un momento en el que nuestra vida no sea demasiado turbulenta. Si estamos a punto de separarnos o de cambiar de trabajo, no es un buen momento para emprender este programa. Por lo demás, tampoco esperamos a que todo esté perfecto en nuestra vida. Una vez fijada la fecha del comienzo, establezcamos una fecha provisional en la que nos gustaría estar libres de toda medicación. La idea es que la duración del programa tenga un límite de tiempo.

2. Anotar los progresos

Anotemos diariamente nuestro consumo de medicamentos –el tipo, la dosis, y la frecuencia de utilización. Esta información debería figurar ya en nuestra agenda del sueño. Llevemos un resumen semanal de nuestros progresos. Hagamos una copia del modelo en blanco (tabla 11.3) similar al ejemplo de la tabla 11.2. Establezcamos un objetivo semanal de reducción de la dosis y del número de noches que tomaremos pastillas. A continuación, valoremos nuestro nivel de confianza (en una escala del 0 al 100%) respecto del posible logro de este objetivo. Establezcamos unos objetivos realistas a alcanzar, no demasiado elevados para no disminuir nuestra confianza. A lo largo de una semana, si nuestro nivel de confianza es inferior al 75%, mantengamos el mismo objetivo durante una semana más para desarrollar una mayor sensación de eficacia personal.

3. Tomar solamente una pastilla a la vez

Si tomamos más de un medicamento para dormir, el primer paso consiste en limitarnos a tomar uno solamente. Los consumidores crónicos de medicamentos para dormir a veces alternan o, lo que es peor, combinan dos o tres medicamentos diferentes. Aunque el hecho de alternar los medicamentos parezca una buena estrategia para minimizar el desarrollo de la tolerancia, no es una buena idea mezclar los somníferos. Ello puede incluso ser peligroso. Si hemos llegado a este punto, el primer paso consiste en limitar la utilización a un único medicamento durante al menos una semana, preferiblemente más tiempo.

Tabla 11.3

Calendario de deshabituación de los somníferos

Semana	Medicamento/dosis (mg)	Número de noches	Cantidad total semanal (mg)	% de reducción de la dosis	% de confianza
Semana 1					
Semana 2					
Semana 3					
Semana 4					
Semana 5					
Semana 6					
Semana 7					
Semana 8					
Semana 9					
Semana 10					

4. Reducir la medicación gradualmente, nunca de golpe

Si utilizamos un hipnótico todas las noches desde hace tiempo, reduzcamos la cantidad de medicación de forma gradual para minimizar los síntomas de abstinencia. Jamás lo dejemos de golpe. Si lo hacemos, estos síntomas de abstinencia serán más graves, incluso peligrosos, y es muy probable que volvamos a recurrir a la medicación.

Disminuyamos la medicación por etapas de alrededor de un 25% de la dosis original. Por ejemplo, si tomamos 2 mg de Orfidal al principio, habrá que reducir la dosis a 1,5 mg durante la primera semana de deshabituación. Utilicemos esta cantidad durante toda la semana, incluso si nuestro grado de confianza es lo bastante elevado como para disminuir más la dosis al cabo de las primeras noches. Evitemos volver a la dosis original a pesar del agravamiento de las dificultades para dormir.

Sigamos reduciendo la medicación por fases del 25% de la dosis original, hasta alcanzar la dosis más pequeña posible. En nuestro ejemplo, ello significa que la siguiente etapa consiste en disminuir la utilización a una dosis de 1 mg durante una semana y de 0,5 mg a la semana siguiente. Llegados a este punto, hemos alcanzado la dosis más pequeña. Si todavía no nos sentimos con la suficiente confianza como para superar la siguiente etapa, podemos seguir partiendo la pastilla en dos durante una semana más. Tengamos cuidado de no obsesionarnos hasta el punto de seguir partiendo y partiendo la pastilla hasta que no queden prácticamente más que unos gránulos. Ello es muy común entre los consumidores crónicos de somníferos. Tarde o temprano, tendremos que abandonar esta práctica y dejar completamente la medicación.

5. Planificar los días de descanso de los medicamentos

Cuando hayamos llegado a la dosis más pequeña factible, es el momento de introducir los descansos de los medicamentos. Elijamos dos noches de la semana en las que no vamos a utilizar ningún somnífero. La medicación estaría permitida únicamente durante los cinco días restantes, que también planificaremos de antemano. Aunque nos pueda dar miedo llegar a esta importante etapa, podemos minimizar el impacto del cese de los medicamentos seleccionando unas noches en las que nuestra agenda del día siguiente no esté demasiado cargada ni sea demasiado exigente. Para la mayoría de la gente, es más fácil comenzar a eliminar la medicación los fines de semana. Habitualmente tendremos menos presión y menos obligaciones de trabajo, y menos aprensión respecto del posible deterioro de nuestro funcionamiento durante la jornada. Al cabo de aproximadamente una semana después de que las noches de los fines de semana estén exentas de toda medicación, añadamos un descanso de los medicamentos durante algunas noches entre semana. Adoptemos una estrategia similar, es decir, seleccionemos una noche que preceda a un día menos exigente.

6. Utilizar los medicamentos según el calendario prescrito, y ya no en caso de necesidad

Cuando emprendamos este último paso, es esencial decidir de antemano qué noches vamos a utilizar la medicación y qué noches vamos a descansar. Así pues, al comienzo de cada semana, escribamos nuestro plan en el calendario de deshabituación. No dejemos nada a la improvisación y no cambiemos de planes sobre la marcha. En las noches previstas sin pastillas, no tomemos el somnífero aunque pasemos una muy mala noche. Recordemos, se pueden producir a corto plazo unas pocas noches de insomnio de rebote,

pero no es más que algo transitorio. Al contrario, para las noches en las que hemos previsto tomar la medicación, hagámoslo a una hora específica (por ejemplo, 30 minutos antes de acostarnos), al margen de que sintamos o no la necesidad. Como ya explicamos anteriormente, una de las razones que pueden explicar el desarrollo de una dependencia de los somníferos es la fuerte asociación que se crea entre la conducta de tomar los somníferos y el alivio de un estado muy desagradable (el insomnio). La estrategia consiste en eliminar esta asociación que se ha venido desarrollando gradualmente entre el insomnio y la toma de medicamentos.

Cuando hayamos logrado utilizar el medicamento durante tan sólo una o dos noches por semana, el último paso consiste en dejar totalmente la medicación. Una vez llegados a esta fase, tal vez nos sintamos tentados de hacer un uso puntual de los somníferos. No nos engañemos. Recordemos que es probablemente de esta forma como nos volvimos dependientes de los somníferos la primera vez que empezamos a tomarlos.

¡Enhorabuena! Ya estamos libres de pastillas. Tenemos ciertamente nuestras buenas razones para sentirnos orgullosos de nosotros mismos, porque no es un reto que sea fácil de alcanzar. Asegurémonos de recompensarnos y de informar a los demás de lo que hemos conseguido.

7. Afrontar los períodos difíciles

Durante la implantación de este programa de deshabituación, es muy posible que tengamos que hacerle frente a algunas dificultades sobre la marcha o incluso después de haber alcanzado nuestro objetivo de librarnos de cualquier pastilla. Si debemos absolutamente tomar un somnífero, tratemos de limitar los daños. Tener una debilidad en unas circunstancias difíciles no significa volver a

una utilización crónica de los somníferos. No nos desanimemos ni nos castiguemos con pensamientos negativos del tipo de: "No tengo remedio, soy un fracasado". Utilicemos en su lugar unos pensamientos más positivos para aumentar la confianza en nosotros mismos: "Lo puedo hacer, lo voy a conseguir". Un factor importante ligado al éxito de cualquier cambio de hábitos es la expectativa de alcanzar un resultado positivo. Por lo demás, seamos pacientes y tolerantes con nosotros mismos. Sustituir los antiguos hábitos por unos nuevos requiere tiempo. A fin de cuentas, si llevamos tomando somníferos desde hace meses o incluso años, cabe esperar que nos llevará un poco de tiempo dejar de utilizarlos.

Una estrategia útil para prevenir las recaídas consiste en identificar de antemano las situaciones de alto riesgo, aquellas que nos han acarreado dificultades en el pasado –tales como los preparativos de un viaje o la participación en una reunión importante. En lugar de utilizar un somnífero durante esas noches, debemos poner en práctica las estrategias que acabamos de aprender: limitar el tiempo pasado en la cama e irnos a la cama únicamente si nos sentimos verdaderamente somnolientos. Y si tenemos dificultades para dormirnos, ¡sobre todo nada de asustarse! Cabe esperar que tengamos "altos" y "bajos" a lo largo de este proceso de deshabituación de los somníferos.

La eficacia de este programa

Este método de deshabituación ha demostrado ser muy eficaz en diversos estudios clínicos realizados en nuestro centro y otros lugares de Estados Unidos, y de Europa. Se han obtenido reducciones del 90% de la cantidad y del 80% de la frecuencia de utilización con personas que tomaban somníferos desde hacía más de

diez años de media. Más del 70% de los consumidores crónicos lograron deshabituarse totalmente con la ayuda de este método, y el resto redujeron no obstante de manera sustancial la cantidad y la frecuencia de utilización de los somníferos. Existen, pues, buenas razones para creer que tendremos éxito si seguimos cuidadosamente el método que acabamos de describir. El tiempo requerido para dejar la medicación depende del tipo de medicación, la dosis, la frecuencia, y la duración de su utilización. Por regla general, un período de 6 a 10 semanas suele ser suficiente en la mayoría de los casos. Aunque estemos impacientes por dormir sin medicación, no hay que proceder con demasiada rapidez. La llave del éxito reside en el aspecto gradual de la deshabituación y en la estructura del programa. Si no logramos dejar o reducir las pastillas con la ayuda de este programa, hablémoslo con nuestro médico o con un farmacéutico que pueda ayudarnos en este proceso.

Es probable que tengamos algunos síntomas de abstinencia cuando disminuyamos los somníferos; entre ellos, señalaremos un agravamiento de los problemas de sueño, ansiedad, irritabilidad, fatiga, y un aumento de la percepción sensorial. Preparémonos para hacerle frente a estos síntomas desagradables a medida que dejamos de tomar pastillas. No obstante, tengamos en mente que no todo el mundo tiene estos mismos síntomas o los tiene con la misma intensidad. Su importancia se puede minimizar siguiendo un plan de deshabituación gradual. Si sentimos estos efectos, no nos dejemos abatir. Todos estos síntomas son transitorios y disminuyen en importancia con el tiempo.

¿Cuándo debemos comenzar este programa? El mejor momento es una vez que dominemos los restantes métodos para afrontar el insomnio que se describen en los capítulos anteriores. Estas estrategias pueden ser muy útiles, sobre todo si sentimos un agra-

vamiento de las dificultades para dormir durante la deshabituación. Ocasionalmente, el solo hecho de dejar los hipnóticos regula el problema de sueño, una vez que desaparecen los síntomas normales de abstinencia. Lo más frecuente, sin embargo, es que tengamos dificultades para dormir durante un cierto tiempo después de dejar la medicación. Es aquí donde las estrategias expuestas más arriba nos ayudarán a afrontar estas dificultades residuales.

En resumen, en este capítulo hemos visto que la medicación puede ser útil para el insomnio puntual. Por lo demás, la medicación por sí sola rara vez suele ser eficaz para tratar el insomnio crónico. Se puede combinar la medicación con el enfoque conductual que se describe más arriba. Los estudios clínicos que comparan estos dos enfoques indican que la medicación produce un alivio rápido de las dificultades para dormir, mientras que el enfoque psicológico exige un poco de más tiempo, pero genera una mejora más permanente del sueño. La utilización regular y prolongada de la medicación aumenta el riesgo de dependencia, sin contar con que también puede contrarrestar los esfuerzos que hace la persona por modificar sus hábitos de sueño. Se está invirtiendo mucho dinero en la investigación y en el desarrollo de nuevos medicamentos para mejorar el sueño. El medicamento perfecto que produzca un sueño natural, sin tener efectos secundarios, está todavía fuera del alcance. Aunque llegáramos a tenerlo algún día, este medicamento no abordaría, sin embargo, los factores psicológicos y conductuales que casi siempre intervienen en el mantenimiento a largo plazo de las dificultades para dormir.

12

OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO

Existen otros varios trastornos del sueño además del insomnio. En general, se pueden agrupar estos diferentes trastornos en cuatro grandes categorías: (1) los insomnios, o dificultades para dormir por la noche; (2) las hipersomnias, o problemas en mantenerse despierto durante el día; (3) las parasomnias, conductas inhabituales o anormales durante el sueño; y (4) los trastornos del ritmo circadiano, problemas para dormir cuando se desea y para permanecer despierto cuando ello es necesario, generadas por factores tales como el trabajo por turnos o el desfase horario. En este libro, el acento recae principalmente en el insomnio; los trastornos del ritmo circadiano también se han abordado en el capítulo 10. En este capítulo, describiremos otros problemas de sueño asociados a la somnolencia excesiva durante el día, como la apnea del sueño, y a determinadas conductas extrañas durante el sueño, como el sonambulismo o las pesadillas. Estos dos últimos problemas pueden generar dificultades para dormir por la noche, o problemas para mantenerse despierto durante el día, o ambos. Podemos ser totalmente inconscientes de estos síntomas hasta que

nuestra pareja, un miembro de la familia o un amigo no nos informan de ello. Algunos de estos trastornos pueden ser graciosos (como hablar en sueños), mientras que otros pueden reducir nuestra calidad de vida, y otros pueden ser francamente peligrosos.

La apnea del sueño

La apnea del sueño es un trastorno de la respiración que se produce mientras la persona duerme. La respiración es absolutamente normal durante la vigilia, pero se altera durante el sueño. La persona que padece apnea del sueño deja de respirar de manera reiterada a lo largo de la noche durante períodos de más de 10 segundos, y a veces incluso hasta un minuto. La secuencia típica de acontecimientos comprende la detención total o parcial de la respiración, acompañada primero de un silencio completo, después un ronquido muy fuerte, un despertar de unos segundos, seguido de una reanudación de la respiración y, finalmente, de una vuelta al sueño. La mayoría de las personas pueden tener algunas pausas breves en la respiración, particularmente al comienzo de la noche cuando se duermen. No obstante, en los casos graves de apnea, este ciclo se puede repetir hasta unas 200 o 300 veces cada noche, sin que la persona sea verdaderamente consciente de ello. A pesar de las ocho horas pasadas en la cama, aparentemente durmiendo, la persona que padece apnea del sueño se sentirá muerto de cansancio al despertarse por la mañana, y tendrá que luchar durante todo el día para mantenerse despierto.

La apnea del sueño está causada principalmente por un exceso de tejido adiposo situado detrás de la garganta, al nivel de la faringe. Durante el sueño, se produce un relajamiento de los músculos que bloquean las vías respiratorias. Los principales sínto-

mas de la apnea son: los ronquidos estrepitosos, las pausas respiratorias observadas generalmente por la pareja (o más comúnmente por la mujer), sueño agitado y somnolencia diurna excesiva. A veces, las dificultades respiratorias prolongadas llevarán a la persona a despertarse sin aliento, con una sensación de pánico y dificultades para volver a coger el sueño. La mayoría de las personas que padecen apnea del sueño no son conscientes de los síntomas nocturnos; la única queja subjetiva es esta dificultad en mantenerse despierto durante el día. La apnea del sueño es particularmente común en los hombres obesos de mediana edad y los que tienen un contorno de cuello muy grueso (un cuello de camisa de 17 cm o más). Aunque este trastorno del sueño sea mucho menos frecuente en la mujer antes de la menopausia, el riesgo de apnea aumenta a raíz de la menopausia debido a la disminución de la hormona que estimula la respiración.

La apnea del sueño puede tener consecuencias serias para la salud, las funciones mentales y la seguridad pública. Un sueño alterado de forma crónica conducirá inevitablemente a una somnolencia diurna excesiva y a un aumento del riesgo de dormirse al volante o en otros momentos o lugares inapropiados. Cada vez que una persona deje de respirar mientras está durmiendo, se produce una disminución del aporte de oxígeno en la sangre al cerebro y a los otros órganos vitales. La apnea del sueño puede provocar hipertensión arterial y agravar las enfermedades cardiovasculares. Puede igualmente tener efectos sobre la memoria y la concentración, y transformar a una persona más bien alegre y de compañía agradable en una persona deprimida e irritable.

El tratamiento más eficaz para la apnea del sueño es un pequeño aparato que produce una presión positiva de aire continuo (del inglés, *continuous positive airway pressure* o *CPAP*). La presión posi-

tiva viene garantizada por un pequeño compresor de aire, conectado a un tubo de plástico unido a su vez a una mascarilla colocada sobre la nariz del durmiente durante toda la noche. Esta máquina fuerza al aire a atravesar los conductos nasales, manteniendo las vías respiratorias despejadas durante el sueño. Este aparato lo prescribe un médico especialista en problemas de sueño; sin embargo, el diagnóstico de apnea del sueño debe primeramente confirmarse mediante una evaluación en una clínica del sueño. Además de este aparato respiratorio, otras medidas correctivas o preventivas pueden ayudar en los casos menos graves de apnea del sueño. Por ejemplo, el consumo de algunos somníferos o de alcohol cerca de la hora de acostarse puede agravar el problema respiratorio. Evitar también dormir boca arriba, porque agrava los ronquidos y prolonga las pausas respiratorias. Dado que la obesidad es un factor de riesgo para la apnea del sueño, la pérdida de peso puede disminuir la gravedad del problema. Algunas cirugías pueden igualmente corregir el problema respiratorio: tonsilectomía [extirpación de las amígdalas], adenoidectomía [extirpación de las adenoides], ablación de las vegetaciones, la cirugía con láser para eliminar el exceso de tejido adiposo situado detrás de la garganta, y la recolocación de las mandíbulas con objeto de liberar las vías respiratorias. La apnea del sueño es el trastorno más frecuente evaluado y tratado en las clínicas del sueño. Un tratamiento eficaz de la apnea del sueño reduce los riesgos de enfermedades cardiovasculares asociadas a este trastorno. Además, los pacientes se asombran con frecuencia de la recuperación de la energía y de la vivacidad de la que disfrutan durante el día después de la intervención. Esta recuperación de la energía se traduce con frecuencia en un aumento del nivel de actividad física y una pérdida de peso.

Los ronquidos pueden ser un problema serio

Alrededor de un 20% de la gente ronca habitualmente. Los ronquidos son más frecuentes en los hombres que en las mujeres y la incidencia aumenta con la edad. El ruido de los ronquidos es generado por la vibración del tejido blando (campanilla y paladar blando) contra la parte trasera de la garganta. Los ronquidos se ven agravados por el sobrepeso, la utilización de sedantes o de alcohol cerca de la hora de acostarse, y el hecho de dormir boca arriba. Además de ser un síntoma de apnea, los ronquidos se asocian a la hipertensión arterial. Aunque muchas personas hacen bromas sobre los ronquidos, dormir con alguien que ronca como un tractor no es muy divertido que digamos; esta situación puede incluso generar tensión en la relación de pareja, haciéndonos más irritables y obligándonos incluso a dormir en una habitación aparte. Los ronquidos disminuyen la calidad del sueño del que ronca y del de su pareja.

¿Qué hacer para recuperar el silencio? En el caso de los ronquidos leves, un simple cambio de posición durante el sueño puede atenuar el problema. Evitar sobre todo la posición dorsal. Una almohada antirronquidos, que mantenga el cuello derecho, ayudará. Coser una pelota de tenis a la espalda del pijama puede ciertamente desanimar a cualquiera de dormir boca arriba. Existen igualmente en el mercado algunas prótesis bucales para reducir los ronquidos. También está la cirugía con láser para atajar los ronquidos, si bien la eficacia de dicha cirugía no está totalmente demostrada. Cualquier persona que ronque estrepitosamente y cuyos ronquidos aparezcan salpicados de pausas respiratorias intermitentes, debe consultar a su médico o a un especialista en trastornos del sueño para hacer una evaluación, dado que ello es un signo casi seguro de apnea del sueño.

El síndrome de las piernas inquietas

El síndrome de las piernas inquietas (o agitadas), también llamado impaciencias musculares, se caracteriza por una sensación desagradable de hormigueo o de picor en las pantorrillas y por una necesidad irresistible de mover las piernas. Las impaciencias musculares se manifiestan durante la vigilia y aparecen localizadas principalmente al nivel de las pantorrillas; la incomodidad puede extenderse a los muslos, los pies, las rodillas e incluso los brazos. Uno de mis pacientes describía las impaciencias musculares de la siguiente forma: "Es como una punzada en las piernas, como si tuviera hormigas en las piernas; cada vez que me siento o que intento descansar por la tarde, no puedo tener las piernas quietas. Siento la necesidad de moverlas constantemente, y eso me vuelve loco. La única manera de sentir un cierto alivio es subiéndome a la bicicleta estática". Como su propio nombre indica, esta condición se agrava durante el reposo [la quietud] o en posición sentada, por ejemplo, viendo la televisión o yendo de pasajero en un coche, en el tren o en el avión. Esta sensación de incomodidad se agrava durante el anochecer y sobre todo en el momento de acostarse; puede retardar considerablemente el adormecimiento y ser la principal causa del insomnio inicial. Andar o estirar las piernas puede remediar transitoriamente esta sensación desagradable. Muchos optan por hacer ejercicio durante horas antes de caer dormidos de agotamiento. El síndrome de las piernas inquietas no siempre es un problema reconocido por los médicos; este síndrome debe diferenciarse de la agitación general del cuerpo que se observa en las personas ansiosas. Además, antes de iniciar ningún tratamiento, es preciso asegurarse de que el problema sea lo bastante frecuente e invalidante.

Más común en las mujeres embarazadas y las personas mayores, el síndrome de las piernas inquietas se asocia a la anemia, a una deficiencia de hierro, o bien a un consumo excesivo de cafeína. Ciertas afecciones médicas, tales como la diabetes o las insuficiencias renales, también suelen asociarse a las impaciencias musculares debido a los problemas de circulación. La mayoría de las personas que padecen impaciencias musculares durante la vigilia se ven asimismo afectados por movimientos periódicos de las piernas durante el sueño.

Los movimientos periódicos de las piernas

Los movimientos periódicos de las piernas durante el sueño, también llamados mioclonías nocturnas, se manifiestan a través de una serie de movimientos breves y repetitivos de ciertos músculos de las piernas. Los brazos también pueden aparecer implicados. Contrariamente al síndrome de las piernas inquietas, que se produce durante la vigilia, las mioclonías aparecen casi exclusivamente durante el sueño. Más frecuentes durante el primer tercio de la noche, estas pequeñas contracciones musculares pueden manifestarse varios centenares de veces durante el transcurso de una misma noche y pueden aparecer asociadas o no a microdespertares de unos segundos. Por lo general, la persona no tiene conciencia de estos movimientos y no guarda ningún recuerdo de los microdespertares nocturnos al día siguiente. En los casos más graves, algunas personas se pueden despertar con calambres en las piernas, seguidos de dificultades para volver a coger el sueño. Otros tendrán sobre todo dificultades para permanecer despiertos durante el día, y en algunos casos estos movimientos no tendrán ninguna secuela y no precisarán ningún tratamiento. Esta afec-

ción debe distinguirse del "sobresalto hipnagógico" o "arranque del sueño" que aparece en el momento de dormirse, o también de las contracciones periódicas de los miembros durante el sueño paradójico, siendo estos dos fenómenos absolutamente normales.

Como en el caso del síndrome de las piernas inquietas, la prevalencia de los movimientos periódicos de las piernas aumenta con la edad. Las causas no se conocen bien, pero parece muy probable la presencia de un componente familiar o hereditario. Este trastorno se asocia con frecuencia a un déficit de vitamina E, de hierro o de calcio, con el dolor, con una insuficiencia renal y con otras afecciones médicas que generan una mala circulación (por ejemplo, la diabetes).

El tratamiento para el síndrome de las piernas inquietas o para los movimientos periódicos de las piernas es esencialmente el mismo. Se utilizan diferentes clases de medicamentos, incluidos los medicamentos que actúan sobre la dopamina (pramipexol, ropinirol, bromocriptina, levodopa), opiáceos contra el dolor (codeína) o ciertas benzodiacepinas con propiedades anticonvulsivantes (clonazepam). Como la mayoría de los medicamentos, cada uno de estos tiene efectos secundarios y algunos presentan riesgo de tolerancia cuando se utilizan de forma regular. Es importante, pues, llevar un seguimiento regular con nuestro médico a fin de evaluar la eficacia y los riesgos potenciales de cada uno de estos tratamientos. A nivel preventivo, deberíamos disminuir el consumo de cafeína por la noche. Los ejercicios de estiramiento poco antes de acostarse pueden ayudar a aliviar la incomodidad. Un baño caliente, un masaje en las piernas, una bolsa de agua caliente o un cojín térmico pueden igualmente aportar un cierto alivio. Dado que las impaciencias musculares y los movimientos de las piernas son más graves durante la primera mitad de la

noche, podemos retrasar la hora de acostarnos y dormir una o dos horas más por la mañana, si nuestro horario lo permite. Cuando viajemos en avión, pidamos siempre un asiento de pasillo de manera que podamos levantarnos y andar cuando sintamos las impaciencias musculares. Podemos encontrar más información sobre el síndrome de las piernas inquietas y los movimientos periódicos de las piernas en la web de la fundación "Restless Legs Syndrome" (http://www.rls.org).

La narcolepsia

La narcolepsia se caracteriza por la somnolencia excesiva y ataques de sueño que son repentinos, incontrolables, y que se producen habitualmente en momentos imprevisibles. La lucha por mantenerse despierto es constante, independientemente de la cantidad de horas que hayamos dormido la noche anterior. En algunos momentos, la somnolencia se vuelve tan intensa que se siente como un ataque de sueño. La persona no tiene ningún control sobre esta sensación y puede caer dormido en momentos inoportunos o en lugares inapropiados: durante una reunión, una conversación, una comida, o incluso durante las relaciones sexuales. El sueño puede durar de 15 a 20 minutos y la persona se despierta habitualmente con la sensación de estar descansado. Desgraciadamente, esta vigilancia es de corta duración y la persona se siente nuevamente somnolienta a las dos o tres horas. Este ciclo se repite a todo lo largo del día y de la tarde.

Los otros síntomas de la narcolepsia son: (1) la cataplejia, una pérdida repentina del tono muscular desencadenada por emociones intensas (miedo, rabia, excitación o bien un estallido de risa); (2) la parálisis del sueño, una incapacidad de mover los miembros

durante la transición vigilia-sueño o sueño-vigilia; y (3) las alucinaciones hipnagógicas, percepciones extrañas visuales, auditivas, o sensaciones táctiles atemorizantes que aparecen durante el adormecimiento o el despertar. Estas experiencias son todas ellas similares a las que se producen normalmente mientras soñamos, salvo que en la narcolepsia se producen durante la vigilia y suelen ser difíciles de distinguir de la realidad. La parálisis y las alucinaciones pueden aparecer juntas, generando con ello una experiencia muy ansiógena. Los episodios de cataplejia oscilan de una simple sensación de debilidad muscular al derrumbe físico total que puede prolongarse unos minutos. Durante estos episodios, la persona está esencialmente paralizada, pero continúa plenamente consciente de lo que le sucede.

El Dr. Emmanuel Mignot de la universidad de Stanford en Estados Unidos ha identificado una causa importante de la narcolepsia, a saber, un déficit de una proteína llamada hipocretina. De origen genético, los primeros síntomas de este trastorno se manifiestan generalmente de los 10 a los 30 años; sin embargo, el problema de muchas personas permanece sin diagnosticar hasta un período más tardío de su vida. Todas las personas que sufren narcolepsia no sienten forzosamente todos los síntomas descritos anteriormente. Además, la parálisis del sueño puede ser un fenómeno aislado que no necesariamente es un signo diagnóstico de narcolepsia. Esta afección es más frecuente en ciertas familias. Las consecuencias de la narcolepsia varían según la severidad del trastorno. Cuando el trastorno es más severo, puede tener un impacto nefasto sobre la vida familiar, social y profesional de la persona. Quedarse dormido en momentos inapropiados puede ocasionar algo más que bochorno social. Puede perjudicar al aprendizaje escolar del niño y poner en peligro un puesto de tra-

bajo en la adultez. Las cabezadas recurrentes durante la tarde, ya sean voluntarias o no, también pueden conducir a tensiones en la relación conyugal. Dormirse al volante o haciendo tareas delicadas en el trabajo puede tener consecuencias serias sobre la vida de una persona o la seguridad pública.

Si tenemos síntomas de narcolepsia, vayamos a ver a un neurólogo o un especialista del sueño que pueda evaluar nuestra afección y realizar las pruebas esenciales para hacer un diagnóstico preciso. Aunque no exista un tratamiento para curar la narcolepsia, ciertos medicamentos pueden ser muy provechosos para controlar sus síntomas. Los estimulantes suelen ser utilizados con el fin de contrarrestar la somnolencia excesiva, y los antidepresivos pueden controlar los síntomas de la cataplejia y de la parálisis del sueño, además de las alucinaciones. Dormir siestas cortas en momentos estratégicos durante el día puede ayudar a disminuir la somnolencia. Mantener un horario de sueño regular es igualmente muy importante, dado que el sueño nocturno está alterado incluso en los pacientes narcolépticos. Podemos encontrar más información sobre este trastorno del sueño, así como sobre los grupos de apoyo para los pacientes y sus familias, poniéndonos en contacto con "Narcolepsy Network" (http://www.narcolepsynetwork.org).

Las parasomnias

El término parasomnia agrupa una variedad de experiencias o conductas anormales, inhabituales o incluso extrañas, que se producen durante el sueño o durante el período de transición de la vigilia al sueño. Pueden variar del simple balanceo estereotipado del cuerpo cuando un niño se duerme, al bruxismo (rechinamiento de los dientes) o el priapismo nocturno (erección dolorosa

durante el sueño), o incluso las epilepsias nocturnas. Abordaremos aquí únicamente las parasomnias más comunes: las pesadillas, los terrores nocturnos, el somnambulismo, los trastornos de la alimentación nocturna, y finalmente un trastorno de conducta asociado al sueño paradójico. Las parasomnias no conducen necesariamente a un problema de insomnio o de hipersomnia, pero en su forma más grave una u otra de estas dificultades puede estar presente. En muchos casos, se trata únicamente de fenómenos no deseados. Por otro lado, algunas parasomnias pueden desembocar en lesiones físicas (sonambulismo) y en una alteración psicológica importante (terror nocturno) para la persona que presenta esta afección y para los padres o la pareja que son testigos de estos episodios.

Las pesadillas

Las pesadillas son sueños espantosos que se producen durante el sueño paradójico. Habitualmente implican una historia con escenas o imágenes vivas que incluyen peligros, persecuciones, caídas o asesinatos; pueden acompañarse de balbuceos o de gritos. Dado que el cuerpo está paralizado durante el sueño paradójico, la sensación de estar atrapado suele ser frecuente, y de que no hay escapatoria posible. Gritar para pedir ayuda es también imposible, porque se siente que las mandíbulas están esencialmente bloqueadas. La pesadilla suele llevar a un despertar total en el que la persona recuerda claramente el sueño. La persona se orienta fácil y rápidamente, pero la presencia de alteración emocional o de ansiedad puede retardar el momento de volver a coger el sueño. Las pesadillas son más frecuentes durante la segunda mitad de la noche, período en el que predomina el sueño paradójico. Tener una pesadilla de vez en cuando es normal en los adul-

tos y los niños. Alrededor del 5% de la población general se ve perturbada por pesadillas frecuentes; éstas son comunes en las personas que han sido víctimas o testigos de acontecimientos traumáticos –abusos y/o violencia física y/o sexual, desastres naturales, experiencias de guerra o de combates. Las pesadillas son particularmente frecuentes en los militares que se han visto expuestos a situaciones de combate, o en las fuerzas policiales que deben enfrentarse regularmente con situaciones de violencia. La ansiedad excesiva y el estrés pueden ambas ser a la vez causa y consecuencia de las pesadillas recurrentes. Las pesadillas transitorias pueden estar provocadas por la utilización de ciertos medicamentos betabloqueadores para el tratamiento de la hipertensión, o por la retirada de ciertos medicamentos antidepresivos.

El tratamiento psicológico suele ser eficaz contra las pesadillas recurrentes. Ello implica una exposición gradual a la pesadilla por medio de una serie de repeticiones del sueño atemorizante en la imaginación o por escrito. A la persona que tiene pesadillas se le entrena primeramente para que anote por escrito el guión detallado de la pesadilla en un pequeño "diario"; después, debe reescribir la pesadilla, pero cambiando su desarrollo y su desenlace; finalmente, debe repetir esta nueva versión de la pesadilla varias veces al día, ya sea releyendo el guión o escuchando una grabación de la narración efectuada previamente. La ayuda de un terapeuta profesional suele ser necesaria.

Los terrores nocturnos

El terror nocturno se caracteriza por un despertar brusco del sueño profundo (fases 3-4) acompañado de un grito agudo, miedo y ansiedad intensos, así como de activación fisiológica excesiva

(palpitaciones aceleradas, sudor y agitación). La persona se siente confundida, agitada y desorientada. Durante un episodio de terror nocturno, que puede durar de unos segundos a unos minutos, la persona se encuentra en un estado mixto entre semiconsciente y semidormido profundamente, y no responde a los esfuerzos externos por despertarle o calmarle. Los niños se muestran inconsolables. Contrariamente al caso de las pesadillas, si la persona se despierta durante un episodio de terror nocturno, no tendrá más que un vago recuerdo del sueño, o incluso ninguno. A menudo, es imposible despertarle y la persona no se acordará en absoluto del episodio a la mañana siguiente. Los terrores nocturnos aparecen durante el primer tercio de la noche, un período en el que predomina el sueño profundo. Son más frecuentes en los niños de edades comprendidas entre los 4 y los 12 años, y tienden a desaparecer espontáneamente durante la adolescencia. Más raramente, persisten o comienzan en la edad adulta.

El sonambulismo

El sonambulismo puede consistir simplemente en sentarse en el borde de la cama o en salir de la cama y andar por la habitación; más raramente, ello implica salir del dormitorio e ir a otra habitación o incluso fuera de la casa. Los sonámbulos pueden mantener conversaciones incomprensibles o que tienen poco sentido. No responden a los esfuerzos del entorno por comunicarse con ellos a fin de despertarles. Sólo los esfuerzos persistentes conducen a un despertar total, y la persona se mostrará habitualmente confundida y desorientada. Tendrá pocos o ningún recuerdo del incidente. El sonámbulo puede despertarse espontáneamente durante el incidente; lo más frecuentes es que vuelva a la cama o incluso se despierte por la mañana en una habitación diferente dentro de la

casa. El sonambulismo y los terrores nocturnos tienen algunas características comunes y aparecen juntos con frecuencia. A veces, la persona puede salir de la habitación o de la casa corriendo en un estado de pánico, con riesgo evidente de herirse. El sonambulismo aparece habitualmente durante la primera mitad de la noche, momento en el que predomina el sueño profundo. Al igual que sucede con los terrores nocturnos, el sonambulismo acontece sobre todo durante la niñez y tiende a desaparecer en la adolescencia. Más raramente, persistirá en la edad adulta.

Las causas de los terrores nocturnos y del sonambulismo no están claramente identificadas. Pero las consecuencias pueden ser desastrosas. Tratar de consolar a un niño que sufre terror nocturno provoca una enorme alteración en los padres, con frecuencia más intensa que la del propio niño. Los sonámbulos suelen ser habitualmente unos blancos excelentes para las bromas, pero existen igualmente riesgos importantes de heridas y de complicaciones legales. Alexandre, un adolescente que vino a consultar a nuestra clínica por un problema de sonambulismo, se había cortado seriamente en un brazo tratando de salir de casa por la ventana de su dormitorio. Sébastien, un representante de ventas de una gran compañía, apareció en ropa interior, sin poder entrar en la habitación de su hotel en mitad de la noche durante un viaje de negocios. En un asesinato que fue objeto de una gran atención mediática se acusó a un hombre que de forma automática condujo su coche durante más de 17 kilómetros, mató a un miembro de su familia y volvió a la cama sin que pudiera recordar los hechos. El hombre fue absuelto.

Algunas medidas preventivas pueden ser útiles para el sonambulismo y los terrores nocturnos. Primeramente, si somos padres de un hijo aquejado de estos problemas, tengamos siempre presen-

te que se trata de afecciones que siguen la evolución del desarrollo y desaparecen habitualmente en la adolescencia. Debemos intervenir únicamente para prevenir las heridas o para minimizar las interrupciones del sueño. En los niños, así como en los adultos, es preferible no obligarles a despertarse. Es mejor tranquilizar a la persona, brindar unas directrices verbales e incluso guiarla físicamente para que vuelva a la cama. Para reducir los riesgos de heridas asociadas al sonambulismo, se deben instaurar las siguientes medidas de seguridad: el sonámbulo debe dormir siempre en la planta baja; las puertas y las ventanas del dormitorio deben estar cerradas con cerrojo; todos los objetos potencialmente peligrosos deben estar fuera del alcance; los muebles deben estar colocados a fin de evitar posibles accidentes. Es igualmente importante mantener un horario sueño-vigilia regular y evitar al máximo la privación de sueño. Esta última medida preventiva es importante, dado que los terrores nocturnos y el sonambulismo aparecen durante el transcurso del sueño profundo, que se presenta en mayor cantidad a raíz de una privación de sueño. En presencia de problemas psicológicos o de estrés importante, una intervención psicológica apropiada puede resultar esencial. Los medicamentos que suprimen el sueño profundo pueden ayudar transitoriamente a fin de minimizar estos episodios en períodos de estrés o de falta de sueño.

El síndrome de la alimentación nocturna

Algunas personas se despiertan por la noche y son incapaces de volverse a dormir si no comen o beben algo. Esta situación no es necesariamente problemática en el niño de pecho o incluso en el adulto cuando es consciente de este ritual. El Dr. Carlos Schenck y sus colaboradores de la universidad de Minnesota han identificado recientemente una afección más problemática emparentada con

cierta forma de bulimia nocturna. La característica distintiva de este trastorno es que la alimentación nocturna se desarrolla dentro del contexto de un episodio de sonambulismo. El durmiente se levanta durante la noche y, estando semidespierto, se pone a cocinar y come hasta saciarse. Este comportamiento es inconsciente y el durmiente no recuerda este episodio a la mañana siguiente.

Cuando Diane, una mujer de 45 años, vino a consultarme a nuestra clínica, me describió la situación clásica del síndrome de alimentación nocturna. Su principal problema era el sonambulismo, presente desde hacía varios años, con un promedio de ocurrencia de unas tres o cuatro veces a la semana. Habitualmente, se levantaba durante la primera mitad de la noche y se dirigía a la cocina, se enzarzaba en un ritual culinario muy elaborado, seguido de un episodio de ingestión de alimento, para después volver a la cama y despertarse por la mañana sin guardar ningún recuerdo del incidente. Aunque su marido y sus hijos presenciaban estos episodios, el único indicio que atestiguaba la veracidad del testimonio de los familiares era la acumulación de platos sucios en el fregadero a la mañana siguiente. Por otro lado, en algunas ocasiones se había dejado algún fuego de la cocina encendido y, por lo menos una vez, la alarma de incendios había saltado. Curiosamente, Diane había padecido anteriormente un trastorno de alimentación, aunque en el momento de la evaluación en nuestra clínica afirmaba que ya no lo padecía. Es probable que este síndrome de alimentación nocturna represente a la vez una manifestación de sonambulismo y de preocupaciones alimentarias.

Además de la ganancia de peso, las consecuencias de este trastorno pueden ser desastrosas en razón sobre todo del riesgo de heridas o de quemaduras preparando la comida. Las causas exactas de este trastorno, que parece afectar sobre todo a las mujeres,

son desconocidas. El estrés excesivo y la privación de sueño pueden desencadenar el sonambulismo y, posiblemente, este trastorno de alimentación nocturna. La medicación puede reducir la frecuencia de aparición de estos episodios, y es esencial instaurar unas medidas preventivas. Poner fuera del alcance los objetos peligrosos, desenchufar la cocina o regular un sistema de alarma para que salte si la cocina se utiliza por la noche son medidas sencillas que pueden prevenir unas consecuencias graves.

Esta afección debe distinguirse de los despertares nocturnos condicionados por el hambre; en el caso de algunas personas, comer por la noche es prácticamente una obsesión. La persona que sufre un trastorno de alimentación como la bulimia puede levantarse a comer por la noche. Por otro lado, en tales casos, la persona que come en mitad de la noche, ya sea por elección o por compulsión, es consciente de sus actos, mientras que la persona que sufre un trastorno de alimentación nocturna es aparentemente inconsciente de lo que hace.

El trastorno conductual asociado al sueño paradójico

Algunas personas adoptan comportamientos agitados y a menudo violentos durante el sueño; éstos pueden implicar movimientos bruscos y repetidos sin un objetivo específico –extensiones bruscas de los pies y de los brazos, patadas y puñetazos. Tales conductas aparecen sobre todo durante el sueño paradójico cuando el cuerpo está normalmente paralizado. Esta parálisis está parcialmente ausente en las personas que sufren este trastorno, el cual se presenta sobre todo en los hombres de más de 50 o 60 años. Algunos expertos suponen que las personas que sufren este trastorno representan [actúan] algunos de sus sueños; además, se

observan habitualmente verbalizaciones bastante cargadas emocionalmente y coherentes con los sueños. Cuando la persona se despierta de estos episodios, habitualmente se muestra alerta, coherente y recuerda claramente el sueño correspondiente a la conducta en cuestión. Este trastorno puede ser potencialmente peligroso para la persona que lo sufre, pero igualmente para la pareja. Conocí a un dibujante jubilado, entusiasta de la caza, que soñó que estaba cazando una variedad de oso. Durante su sueño, se tropezó con la cómoda y se fracturó un pie. Otro hombre, militar jubilado, se despertó de un sueño en el que se batía con un enemigo y se encontró apretando el cuello de su mujer con sus propias manos.

Una medicación como el clonazepam ha demostrado ser eficaz para suprimir estos episodios de trastorno conductual ligado al sueño paradójico. Algunas medidas preventivas deben igualmente instaurarse a fin de garantizar un entorno seguro y de prevenir así las posibles heridas físicas. La persona debe dormir en la planta baja; las mesillas de noche, las lámparas o cualquier otro objeto peligroso colocado cerca de la cama o dentro del dormitorio, deben ser retirados. Las armas [de fuego y otras] deben estar fuera del alcance. Dependiendo de la frecuencia y de la gravedad de estos episodios, puede que la pareja tenga que dormir en otra habitación hasta que el trastorno esté controlado con ayuda de la medicación.

En este capítulo, hemos expuesto brevemente una variedad de trastornos del sueño comúnmente evaluados y tratados por los especialistas del sueño. Estas afecciones representan solamente una pequeña muestra de las 80 patologías del sueño actualmente reconocidas dentro de la clasificación de los trastornos del sueño. Estos trastornos varían desde los simples comportamientos inhabituales y extraños, a aquellos que pueden incluso poner en peligro la vida de la persona, pasando por los trastornos que entrañan

una marcada alteración psicológica. Si reconocemos los síntomas de estos trastornos, debemos consultar a un especialista del sueño para proceder a una evaluación detallada. Una evaluación completa en una clínica del sueño suele ser esencial para establecer un diagnóstico acertado y determinar el tratamiento óptimo.

13

EL SUEÑO EN LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES

La mayoría de los padres pueden dar fe de que sus hijos han tenido en un momento u otro algún problema de sueño, ya sean dificultades para dormirse por la noche, saltarse una siesta durante el día, o el rechazo a ir a la cama a la hora de acostarse. Las dificultades para dormir en los niños pueden estar causadas por una enfermedad, un simple cambio en el horario habitual, la excitación asociada a algún acontecimiento agradable o por la ausencia de límites en relación con la rutina de acostarse. En la mayoría de los niños, las dificultades para dormir son más bien raras, pero cuando se vuelven más frecuentes pueden ser una fuente importante de inquietud para los padres. Durante la adolescencia, aparecen otros tipos de dificultades para dormir, habitualmente asociadas a las preocupaciones propias de la adolescencia o bien a unos horarios muy irregulares de sueño. En este capítulo, describiremos primeramente la evolución del sueño desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia, y hablaremos de los principales problemas de sueño durante el transcurso de estos dos períodos críticos del desarrollo.

El sueño normal

Recién nacidos

Lo que se considera como un sueño normal varía enormemente según la edad del niño. Los recién nacidos todavía no han desarrollado unos ritmos biológicos regulares que les indiquen cuándo hay que estar despierto y cuándo hay que estar dormido. Así pues, el recién nacido no necesariamente duerme según el horario de los padres, dado que todavía no distingue entre el día y la noche. Los ciclos de vigilia y de sueño son, por tanto, bastante aleatorios. Un recién nacido duerme habitualmente entre 15 y 18 horas por día, durante períodos cortos de 2 a 4 horas cada uno (véase también la figura 1.3 en el primer capítulo). Es poco realista que los padres esperen que el bebé duerma toda la noche. Debemos más bien adaptarnos al horario de nuestro hijo, es decir, dormir cuando él duerme y aprovechar cuando está despierto. La mayoría de los recién nacidos pueden dormir no importa dónde, porque todavía no han aprendido a diferenciarse de su entorno y no están sensibilizados a los acontecimientos externos. En esta fase, si así lo queremos, es aceptable dejar a nuestro bebé dormir en una cuna o una camita dentro de nuestra habitación; así lo tendremos cerca cuando llore por la noche. No obstante, es de rigor hacer una advertencia. Algunos padres se vuelven extremadamente ansiosos cuando el bebé duerme dentro de su habitación, particularmente cuando se trata del primer hijo. Si nos sentimos obligados a vigilar a nuestro recién nacido toda la noche, o nos despertamos con frecuencia ante el más mínimo balbuceo que emita mientras duerme, debemos trasladar al bebé a su habitación al cabo de unos pocas noches.

De 6 a 12 semanas

Hacia las seis semanas (o seis semanas después de la fecha prevista para el parto, en el caso de los bebés prematuros), el sueño de nuestro hijo comienza a estar un poco más organizado; los períodos de sueño nocturno pueden prolongarse a más de seis horas. Después de unas semanas en las que nuestro bebé se despertaba cada dos o tres horas para que le dieran de comer, este período de sueño continuo será enormemente de agradecer. Nuestro bebé comienza también a desarrollar una mayor conciencia de su mundo y puede incluso combatir el sueño, prefiriendo permanecer despierto para relacionarse con nosotros. Hacia las seis semanas, debemos empezar a establecer una cierta rutina en los hábitos de sueño de nuestro bebé. Dado que ahora empieza a tomar conciencia de su entorno, es importante habituarle a dormir en su propia cama. Los bebés se cansan con facilidad y pueden ponerse irritables si se sienten fatigados, dado que su sistema nervioso carece todavía de un control inhibidor. Al cabo de aproximadamente unas dos horas de vigilia, volvamos a colocar a nuestro bebé en su camita. Si permanece despierto durante más tiempo, podría agotarse. Evitemos los colores chillones en su dormitorio y retiremos de la camita las fuentes de distracción que pudieran ser demasiado estimulantes para nuestro pequeño.

De tres a seis meses

Hacia el tercer o cuarto mes, los ritmos biológicos de nuestro hijo se estabilizan y debería quedar más o menos aceptablemente establecido un ciclo sueño-vigilia más regular. No obstante, las siestas pueden ser todavía irregulares mientras el pequeño trata de encontrar su ciclo vigilia-sueño. Es importante ajustar nues-

tros cuidados a las necesidades biológicas del niño. Dado que nuestro hijo se vuelve más consciente socialmente, puede combatir el sueño con el objetivo de jugar. Tratemos, pues, de proteger su sueño permaneciendo atentos a los signos de fatiga tales como el frotarse los ojos, tirarse de una oreja o las muestras de una mayor agitación. Si se salta una siesta, se puede agotar, ser incapaz de dormirse y tener despertares nocturnos más frecuentes. Según el Dr. Richard Ferber, pediatra y especialista del sueño infantil en el Children's Hospital de Boston, la mayoría de los niños sanos y alumbrados al término del embarazo deberían dormir su noche completa hacia los tres o cuatro meses; sin ninguna duda que a los seis meses, la gran mayoría de los bebés con buena salud lo consiguen.

De 6 a 12 meses

Es hacia esta edad de los seis meses cuando las diferentes fases del sueño se vuelven más estables en el plano fisiológico. A nivel de los hábitos de sueño, la mayoría de los niños de 6 a 12 meses son llevados a la cama entre las 19.00 h y las 21.00 h, y se despiertan entre las 5.00 h y las 7.00 h. Si bien algunos bebés todavía pueden seguir despertándose por la noche para recibir alimento, esta práctica se considera una conducta aprendida dado que a esta edad ya no existe una necesidad nutricional nocturna. La mayoría de los bebés entre 6 y 12 meses duermen dos siestas por día, una por la mañana y otra al comienzo de la tarde, de una duración habitual de una a dos horas cada una. Si las siestas son de una duración inferior a 45 minutos, pueden no ser lo bastante reparadoras para nuestro niño. La duración óptima de la vigilia entre cada una de las siestas es de alrededor de dos a tres horas. Nuestro hijo puede optar por combatir el sueño, y si tiene la intención

de convencernos para que le saquemos de su camita, puede protestar durante largo rato. Es preferible acostarle para dormir una siesta antes de que se agote o se precipite en un mar de lágrimas. Durante este período, puede volver a empezar a despertarse por la noche, aunque anteriormente durmiera sus noches enteras. Ello podría deberse a una actividad física y mental más intensa durante el día. Llevar a nuestro bebé a la cama 30 minutos o una hora más temprano puede prevenir estos despertares nocturnos.

De 12 a 36 meses

Entre uno y tres años, la mayoría de los niños duermen una media de 12 a 14 horas cada 24 horas. Durante el transcurso de este período, nuestro hijo debería disminuir el número de siestas, de dos a una sola. Puede, no obstante, aparecer un período en el que dos siestas serán demasiado para nuestro niño, mientras que una sola no será suficiente. Una siesta realizada en mitad del día o justo antes de la comida del mediodía parece ser el mejor momento para satisfacer la necesidad de sueño que se haya ido acumulando desde que se levantó por la mañana, y para facilitar la vigilia hasta la noche siguiente. Muchos padres trasladan a su hijo a una cama normal durante este período. El traslado puede llevar a nuestro hijo a volver a despertarse por las noches, pero si le dejamos en su nueva cama, en lugar de devolverlo a la camita o de cogerlo en brazos cuando llora, se adaptará rápidamente a este cambio y dormirá toda la noche. Más adelante en este mismo capítulo, expondremos algunas medidas que podemos tomar con los niños que se resisten a quedarse en su cama por la noche. La transición a una nueva cama puede verse facilitada si trasladamos al mismo tiempo algunos objetos familiares, las mantas y los juguetes del niño.

De tres a seis años

La mayoría de los niños de tres a seis años se van a la cama entre las 20.00 y las 21.00, y se despiertan entre las 6.30 y las 8.00. La duración promedio del sueño es de alrededor de unas 11 a 13 horas cada noche. Las siestas disminuyen generalmente en duración y solamente alrededor del 50% de los niños con edades comprendidas entre los tres y los cinco años duermen siestas de forma regular. Durante los años preescolares, los niños se despiertan a veces por la noche debido a que tienen malos sueños o pesadillas. Los niños de esta edad tienen todavía dificultades para distinguir lo imaginario de la realidad. El promedio de despertares nocturnos de un niño de cinco años es de uno por semana, si bien un cierto porcentaje de niños se despiertan cada noche. La mayoría de los problemas de sueño que se dan en los niños de tres a seis años de edad se deben a que los padres no son lo bastante constantes en el ritual respecto de acostarlos y de establecer unos buenos hábitos de sueño. Es el caso del niño que sale repetidamente de la cama para pedir un último beso o un vaso de agua.

De 7 a 12 años

Aunque nuestro hijo de 7 a 12 años discutirá probablemente con nosotros para acostarse a una hora cada vez más tarde, todavía necesita un mínimo de 9 a 11 horas de sueño cada noche para sentirse alerta y funcionar bien al día siguiente. Los problemas a la hora de acostarse también pueden estar ligados al miedo a la oscuridad o al miedo a los monstruos dentro del armario o debajo de la cama. Los temores nocturnos son el tipo de problemas más frecuentes que se dan en los niños. Más adelante hablaremos de posibles formas de abordar estos problemas.

Dificultas para dormir y ausencia de unos hábitos de sueño en el niño

Se calcula que alrededor del 20 al 25% de los niños con edades entre uno y cinco años desarrollan algún problema en torno al sueño. Estos niños pueden negarse a dormir la siesta durante el día o batallar para no ir a la cama llegada la noche. Necesitan mucha atención, y sienten la necesidad de que los arrullen y los mimen antes de dormirse. Algunos de estos niños no se duermen jamás en su camita o en su cama normal, sino en los brazos de sus progenitores, en otra habitación o en la cama de sus padres. Otros niños se despiertan después de un corto período de sueño o durante la noche, y lloran sin interrupción hasta que uno de los padres aparece para tranquilizarlos y ayudarles a volver a coger el sueño. Con frecuencia, estos niños sencillamente no han aprendido a dormirse o a volver a coger el sueño por sí solos, sin necesidad de ser lisonjeados, arrullados o alimentados.

El insomnio puede también ser un problema real en el niño. Sin embargo, tales dificultades suelen estar habitualmente asociadas a una enfermedad física o al dolor generado por una otitis, un cólico o la aparición de nuevos dientes. El niño puede igualmente sentir inseguridad dentro del contexto de una relación tensa entre los padres, y su sueño puede verse alterado por esta razón.

Las consecuencias del sueño alterado en el niño y los padres

Un sueño alterado puede tener consecuencias perjudiciales para el niño y convertirse en una verdadera pesadilla para los padres. Además del cansancio y de la irritabilidad, el niño corre el riesgo de tener problemas de aprendizaje. Varios estudios indican que existe una relación entre la duración del sueño y la capacidad

que tiene el niño de aprender; una duración del sueño más larga en los bebés se asocia a una mayor capacidad de mantener la atención. A la inversa, un sueño más corto en los niños pequeños se asocia con un rendimiento cognitivo menos bueno, y una mayor impulsividad e hiperactividad. Los niños de tres años de edad que duermen siestas, se adaptan más fácilmente a las situaciones nuevas que los niños que no duermen siestas. Cuando el sueño de un niño se ve alterado noche tras noche, los padres y la familia se ven también privados de sueño. Al estar más irritables, los padres pueden manifestar resentimiento hacia los otros hijos. Pueden recortar su vida social a fin de recuperarse mientras su hijo duerme, o temer que la canguro sea incapaz de meter al niño en la cama. Convertidos en esclavos del horario de sueño de su hijo, pueden incluso tener conflictos conyugales derivados del estrés y de sus puntos de vista conflictivos respecto de la forma de resolver el problema.

En el plano psicológico, las encuestas longitudinales sugieren que los niños que tienen problemas persistentes de sueño presentan un riesgo más elevado de desarrollar trastornos psicológicos tales como, por ejemplo, la depresión en la edad adulta. Sin necesidad de ser alarmistas, si nuestro hijo sufre frecuentemente de insomnio y éste persiste más allá de unas pocas semanas, habrá que consultarlo para evaluar la naturaleza del problema y aplicar una intervención apropiada.

¿Las dificultades para dormir de mi hijo desaparecerán a medida que vaya creciendo?

La mayoría de los niños no abandonan espontáneamente sus dificultades para dormir. Necesitan un entrenamiento a fin de establecer una rutina y unos buenos hábitos de sueño. Los proble-

mas no desaparecen por arte de magia a medida que el niño crece. Los estudios longitudinales muestran que los problemas para dormirse o los despertares nocturnos de más del 80% de la totalidad de los niños que duermen mal no desaparecen espontáneamente. Aprender a dormirse sin la presencia de uno de los padres o a volver a dormirse después de un despertar nocturno, es una habilidad aprendida que los padres deben enseñar a los hijos. Más adelante en este capítulo veremos que otros trastornos del sueño en el niño (por ejemplo, los terrores nocturnos) sí desaparecen con frecuencia, de forma espontánea, durante la adolescencia.

Enseñar unos buenos hábitos de sueño a nuestro hijo

Si nuestro hijo tiene cuatro meses o más, y es incapaz de dormirse por sí solo o se despierta por la noche y no logra volverse a dormir sin necesidad de nuestra ayuda, tal vez haya que revisar nuestra manera de actuar en relación con la rutina de acostarse. Es probable que la rutina actual le impida aprender una habilidad importante, la de dejarse deslizar [sumergirse] por sí solo en dirección al sueño. Como ya vimos, la ausencia de esta habilidad puede generar una falta de sueño en el niño y en toda la familia. Lo bueno es que esta habilidad se puede enseñar con bastante rapidez utilizando un método sistemático, pero relativamente sencillo.

Mantener un horario regular para nuestro hijo

Comencemos por establecer una hora habitual de acostarse, determinada según la edad del niño y su reloj biológico. La hora de acostarse debe corresponderse con la hora en la que nuestro hijo se siente habitualmente somnoliento, o se duerme. Tratemos de mantener un horario regular para acostarle, despertarle, las

siestas y las comidas; todo ello con el objetivo de establecer un ritmo de sueño-vigilia constante.

Seguir unos rituales y una rutina para acostarse

Establezcamos una rutina constante y relajante alrededor de unos 20 a 30 minutos antes de la hora de acostarse. Esta rutina puede implicar bañar al bebé o cambiarle de ropa para dormir después de darle de mamar o de comer, mecerlo y cantarle canciones de cuna. Para un niño de más edad, el ritual de acostarse puede implicar hacerle tomar un baño, lavarle los dientes, leerle un cuento o jugar con él algún juego tranquilo. El mismo ritual debe tener lugar todas las noches hacia la misma hora.

Ser constantes en la manera de meter a nuestro hijo en la cama

Al final del ritual, metamos a nuestro hijo en su camita o en su cama normal. El entorno del dormitorio debe ser el mismo en el momento de acostarse que será durante el resto de la noche. Besemos al niño y estrechémoslo contra nosotros, dándole las buenas noches y diciéndole que es hora de hacer nono; después, salgamos de la habitación.

Dejar que nuestro hijo aprenda a dormirse solo

Es importante que nuestro hijo se mantenga despierto hasta la hora de acostarse, en lugar de dormirse en nuestros brazos o en algún otro lugar que no sea su cama. No nos quedemos en la habitación esperando a que se duerma. Si se habitúa a que nos quedemos en la habitación hasta que se duerma, es muy probable que se ponga a llorar si nos vamos antes, o ante nuestra ausencia durante un despertar nocturno.

A partir de esta fase, existen dos formas de intervenir en la conducta de nuestro hijo. En el método "directo", salimos de la habitación de nuestro hijo sin volver a entrar hasta la mañana siguiente. Si nuestro hijo se despierta por la noche, no volveremos a entrar en su habitación. Aunque este método sea el más rápido y el más eficaz para enseñarle a nuestro hijo a dormirse por sí solo, suele ser el más difícil para el niño y para los padres. Algunos padres son incapaces de oír llorar a su hijo. ¡Y bien seguro que va a llorar! Probará prácticamente todo lo que esté a su alcance para hacernos volver a la habitación a fin de tranquilizarle y consolarle. Además de llorar, puede saltar, sacudirse, golpearse la cabeza y lanzar sus juguetes fuera de la camita. Antes de meter a nuestro hijo en la cama, es importante retirar todo elemento que pueda ser peligroso o frágil.

Si nos sentimos incapaces de tolerar sus llantos o sus comportamientos negativos, probemos el enfoque progresivo conocido con el nombre de "método de extinción gradual"; éste puede ser más aceptable y menos traumatizante. Si nuestro hijo llora cuando salimos de la habitación, vayamos a echarle un vistazo pasados cinco minutos. Hagámoslo también lo más brevemente posible, no más de uno o dos minutos. No iniciemos una relación prolongada con nuestro hijo ni lo cojamos en brazos. Asegurémonos simplemente de que no corre ningún peligro y volvamos a decirle que es hora de dormir; a continuación, salgamos de la habitación. Recordemos, el objetivo es ayudar a nuestro hijo a dormirse solo. Si nuestro hijo sigue llorando, esperemos 10 minutos esta vez antes de ir a verle. En lo sucesivo, vayamos a verle cada 15 minutos si los lloros persisten. Si está tranquilo o si lloriquea suavemente, no vayamos a su habitación dado que probablemente estará a punto de dormirse: nuestra visita lo volverá a despertar y

volverá a llorar. Utilicemos el mismo procedimiento si se despierta nuevamente y llora durante la noche. La segunda noche, debemos esperar 10 minutos antes de nuestra primera visita al dormitorio, después 15 minutos y finalmente 20 minutos. Si estos intervalos nos parecen demasiado largos, los podemos acortar, pero únicamente en la medida en que los vayamos alargando progresivamente. Si vamos a la habitación demasiado rápido, no haremos más que prolongar el problema.

Si bien el método de la extinción gradual puede ser más aceptable para nosotros, recordemos que cualquier visita al dormitorio de nuestro hijo aumentará sus lloros y reforzará los restantes comportamientos dirigidos a llamar nuestra atención y a hacernos volver para que le tranquilicemos o juguemos con él. Hacer abandonar estos comportamientos a nuestro hijo será más difícil que con el método directo, dado que el pequeño sabe que vendremos al cabo de un cierto intervalo de tiempo. Veremos que es capaz de llorar durante largos períodos de tiempo hasta que no volvamos para verle. Esta es la razón por la que, si utilizamos el método de la extinción gradual, debemos ser absolutamente sistemáticos y no enzarzarnos en relacionarnos con el niño durante la noche. Si bien una caricia rápida o un pequeño abrazo pueden parecernos inofensivos, ello hará de elemento reforzador que potenciará sus lloros.

¿Cuánto tiempo le llevará a mi hijo aprender a dormirse solo?

Cuando los padres son constantes en la directriz de no reforzar los llantos de su hijo a la hora de ir a la cama o bien durante la noche, la mayoría de los niños aprenden a volverse a dormir solos en unas pocas noches, habitualmente de los tres a los cinco

años. Algunos niños seguirán despertándose y llorando, pero se volverán a dormir al cabo de un corto período de tiempo. En el caso de un pequeño porcentaje de niños, el procedimiento puede durar unas dos semanas. Demos por hecho que la primera noche será la peor. Los niños lloran habitualmente una o dos horas la primera noche, si bien algunos pueden llorar la noche entera. La segunda noche traerá consigo probablemente una reducción importante de la duración de los lloros y del tiempo que nuestro hijo permanezca despierto. En el caso de los padres que trabajan durante la semana, el viernes por la noche puede ser el mejor momento para comenzar el entrenamiento, de forma que los padres puedan dormir una siesta durante el día siguiente para recuperar un poco el sueño perdido. Suele ser muy útil llevar nota de la duración del llanto de nuestro hijo. Por ejemplo, anotemos la hora en la que lo metimos en la cama y cuánto tiempo llora. Si utilizamos el método de la extinción gradual, anotemos cuántas veces hemos ido a verle. Tengamos en cuenta también todas las veces que el niño se despierta después de dormirse inicialmente, cuánto tiempo ha estado llorando y cuántas veces hemos tenido que ir a verle. Llevemos un pequeño diario, de manera que podamos comparar las noches y observar si el período de llanto de nuestro hijo disminuye. Si no es éste el caso, comprobemos la constancia de nuestro propio comportamiento a fin de asegurarnos de que no estamos contribuyendo a mantener su hábito de llorar.

Las batallas a la hora de acostarse

¿Qué debemos hacer si nuestro hijo no se quiere quedar en la cama? Los niños pondrán a prueba a veces nuestros límites volviendo a levantarse después de meterlos en la cama para pasar la

noche. Se levantarán para pedir un vaso de agua, para pedir un abrazo o para pedir que les dejen dormir en la cama de los padres. Podemos enseñarle a nuestro hijo a quedarse en la cama durante la noche. Primero, seamos constantes y no reforcemos este tipo de comportamiento. Si le permitimos salir de la cama, incluso de vez en cuando, cuando no logre dormirse por la noche, veremos que el comportamiento se volverá más frecuente. Segundo, volvamos a llevar a nuestro hijo a la cama cada vez que se levante. Ello puede ser agotador para los padres, dado que algunos niños intentan levantarse varias veces a lo largo de la noche. Cuando volvamos a llevar a nuestro hijo a la cama, hagámoslo rápidamente y sin discusión, disputa, consuelo o castigo. Mantengamos el menor contacto visual posible con él. Si se levanta repetidamente de la cama después de haberlo vuelto a llevar a su habitación, es posible que debamos mantener la puerta cerrada hasta que se meta en su cama y se quede en ella.

Para eliminar esta clase de batallas a la hora de acostarse, también es importante reforzar la conducta-objetivo, la de permanecer en la cama. Podemos recompensar al niño a la mañana siguiente con un pequeño regalo, una golosina o una actividad a modo de premio si se queda en la cama toda la noche. Otra técnica consiste en llevar un calendario y concederle una estrella o una estampa preferida por cada período o bloque de tiempo que permanezca en la cama. Cuando acumule una cantidad específica de estrellas o de pegatinas, las puede cambiar por una recompensa prometida o por un privilegio. Es importante que felicitemos a nuestro hijo al tiempo que le damos unas recompensas tangibles. A medida que nuestro hijo aprenda a quedarse en la cama por la noche, iremos eliminando progresivamente las recompensas materiales.

Para recuperar el control sobre este tipo de problema a la hora de acostarse, es muy importante que los padres establezcan unos límites y los hagan respetar. Sin embargo, es igualmente importante comprender que si no existen unos límites durante el resto del día, será muy difícil hacerle comprender a nuestro hijo por qué debe obedecernos a la hora de acostarse. Hace falta, pues, que seamos constantes.

Los miedos nocturnos

¿Cómo debemos abordar los miedos nocturnos de nuestro hijo? El niño puede atravesar un período en el que tenga miedo de ir a la cama o de quedarse en la cama. Se puede negar a irse a dormir a menos que la puerta no esté abierta y las luces encendidas. A veces, puede saltar fuera de la cama, gritar que algo está debajo de su cama, dentro del armario o en la ventana. Escenas angustiosas de películas desfilan tal vez dentro de su cabeza. Sea cual fuere el miedo, es importante enseñarle a nuestro hijo a hacerle frente y superarlo, en lugar de huirle durmiendo en nuestra cama o acompañado de otro miembro de la familia. La evitación intensifica el miedo en lugar de debilitarlo, y no hará más que reforzar la creencia por parte de nuestro hijo de que no puede confiar en sus propios recursos. Algunos métodos de intervención relativamente simples pueden ayudar a los niños a vencer los miedos nocturnos.

La primera técnica, una modalidad de entrenamiento en autocontrol, implica enseñarle a nuestro hijo unas verbalizaciones adaptadas para ayudarle a combatir los enunciados atemorizantes que se repite a sí mismo. Comencemos por decir las verbalizaciones en voz alta. Por ejemplo, podemos decir: "Relájate. Respira

hondo un par de veces. Eso es. Soy valiente y fuerte, y no va a pasarme nada. Mira esa sombra en la pared. Es sólo una sombra. La puedo tocar y no hay nada más. No es ningún monstruo, en resumidas cuentas. No es más que una sombra que viene de la luz que da sobre mi animal de peluche. Ya está. Soy un valiente". A continuación, hagamos que nuestro hijo realice las acciones mencionadas –relajarse y respirar hondo– mientras le damos la directrices en voz alta. Después, hagámosle cumplir las acciones una vez más mientras decimos las palabras en voz alta. Repitamos el ejercicio dos veces: la primera vez, el niño susurra las palabras para sí mismo; la segunda vez, las piensa, pero no las dice.

Para combatir los miedos recurrentes, una buena técnica consiste en habituar gradualmente a nuestro hijo a la situación temida. Por ejemplo, si tiene miedo de la oscuridad, reduzcamos gradualmente la intensidad de la luz de su habitación de una noche para otra. La instalación de un reóstato puede ser útil. De la misma manera, procedamos a cerrar la puerta cada vez más. Si persiste el miedo, probemos otra cosa durante el día para desensibilizarlo al estímulo temido. Pidámosle a nuestro hijo que nos haga un dibujo de lo que le asusta o bien que represente una escena en la que afronta su miedo y lo combate. Cuando Antoine, de cuatro años de edad, tuvo miedos recurrentes después de haber visto una película de dinosaurios, su madre le pidió que dibujara uno. Este ejercicio no le ayudó hasta que la madre no tuvo la idea de hacerle dibujar una trampa para meterlo dentro. A raíz de hacer este ejercicio, el niño dejó de preocuparse por la noche en relación con los dinosaurios. Una medida más preventiva para los miedos nocturnos consiste en supervisar los programas de televisión que ve nuestro hijo a fin de eliminar las imágenes atemorizantes que puedan alterar su sueño la noche siguiente.

¿Es bueno que duerma con los padres?

Algunos padres permiten que sus hijos duerman en su cama, ya sea al principio de la noche o para pasar la noche entera. Se justifica esta práctica con el pretexto de que así es más fácil dar el pecho al bebé o darle los cuidados necesarios a un niño enfermo, o bien que ello crea unos lazos afectivos más intensos entre los miembros de la familia. El problema de la cama familiar es que ello puede generarle problemas de sueño a todo el mundo. Si la cama está atestada, nadie conseguirá dormir bien. Cuando el niño crezca, los padres querrán que se traslade a su propia cama, pero una vez creado el hábito, será difícil dejarlo. Nuestro hijo tendrá indudablemente más dificultades en aprender a dormir solo. Los padres deben, pues, ser conscientes de las consecuencias antes de empezar a dejar que su hijo duerma en la cama matrimonial, independientemente de que esta práctica parezca agradable o útil inicialmente.

Unos buenos amigos le piden a Sophie que cuide de sus dos hijos, de dos y cuatro años de edad, durante el fin de semana. Antes de partir, le mencionan que los niños se despiertan a veces por la noche. ¡Es poco decir! En diversas ocasiones a lo largo de las dos noches, los niños se despiertan y se dirigen a la habitación de Sophie, pidiéndole dormir con ella. Cada una de las veces, devuelve rápidamente a los niños a su habitación y trata de que se vuelvan a dormir. Durante las dos noches consecutivas, Sophie ha estado yendo de acá para allá, de su habitación a la de los niños. Después de un fin de semana bastante agotador, Sophie se enteró por sus amigos de que los niños jamás han dormido toda la noche en su cama; tienen la costumbre de cambiarse durante la noche a la habitación de sus padres. El padre se levanta y se va a dormir a la habitación de los niños. Cuando Sophie les pregunta por qué no le informaron de que los niños tenían esta costumbre, la madre le

responde simplemente que pensaba que conseguirían dormir solos ¡al tratarse de una habitación diferente!

Existen algunas diferencias culturales importantes en las creencias acerca de los beneficios de dejar a los niños dormir en la misma cama que sus padres. Esta práctica es ciertamente menos frecuente en los países occidentales que en los países asiáticos. Algunas familias comparten la misma cama por razones puramente económicas y de espacio limitado. Por su parte, los padres que se piensan que el lecho familiar es útil para establecer una cierta intimidad emocional con sus hijos, harían bien en revisar esta práctica; es preferible permitir a nuestros hijos que vengan a nuestra cama únicamente por la mañana después de que todo el mundo haya dormido bien. Acurrucarse contra nuestros hijos en la cama es un placer del que no hay por qué privarse; sin embargo, es preferible con mucho hacerlo en un momento en que ello no sirva para inculcarles unos malos hábitos, que deberán ser abandonados uno u otro día.

El sueño y la adolescencia

Diversos cambios físicos y psicológicos se producen durante la pubertad, y los adolescentes necesitan dormir tanto o incluso más que las personas más jóvenes durante este período. Los adolescentes necesitan dormir alrededor de unas 9 horas cada noche, y los que duermen 9 horas por la noche tienen un humor más positivo y un mayor rendimiento escolar. Sin embargo, las encuestas con jóvenes de secundaria revelan que solamente el 20% de los adolescentes tienen una duración óptima de sueño durante los días de colegio, y cerca de la mitad duermen menos de 8 horas por noche. El adolescente típico de 15-16 años duerme una media de 7

horas por noche y acumula una falta de sueño de unas 10-12 horas por semana. Alrededor del 15% de los adolescentes presentan un déficit crónico de sueño.

La falta de sueño suele deberse habitualmente a las numerosas actividades que compiten con la necesidad de dormir, tales como los deberes, los deportes, las actividades extraescolares y la vida social con los amigos. El trabajo a tiempo parcial también se ha convertido en una práctica muy extendida entre los adolescentes, acortando todavía más el período reservado al sueño. La disponibilidad de aparatos electrónicos en el dormitorio del adolescente aumenta el riesgo de privación del sueño. No es de extrañar, pues, que nuestro hijo adolescente, con acceso al móvil, a internet y a los videojuegos desde su dormitorio, se levante por la mañana tan cansado como cuando se acostó.

Uno de los problemas más frecuentes en los adolescentes es el de los ritmos biológicos desajustados. Existe una tendencia a acostarse más tarde por la noche y a levantarse más tarde por la mañana. Los horarios también son muy variables entre semana y durante el fin de semana. En ausencia de las obligaciones escolares o parentales, la duración total del sueño no se ve reducida, pero el período de sueño está desfasado; se trata de un problema de retraso de fase. Benoît, un chico de 15 años, se presentó en nuestra clínica en compañía de su madre con este tipo de problema. Benoît había desarrollado el hábito de ver la televisión y de fisgonear por internet hasta las 2.00 h de la mañana para acabar durmiéndose a altas horas de la madrugada. Cuando su madre trataba de despertarle para ir a clase, se ponía muy irritable y sólo después de muchos esfuerzos persistentes y de un poco de agua en la cara Benoît lograba salir del coma y levantarse de la cama. Como se dormía continuamente en clase, su rendimiento escolar

se fue resintiendo gradualmente. Largas siestas al volver de clase no hacían más que perpetuar el problema y le impedían dormirse antes de las 2.00 h o las 3.00 h de la madrugada.

Este tipo de desfase es relativamente frecuente en los adolescentes. Los cambios hormonales asociados a la pubertad, así como el cronotipo (tipo matutino o vespertino) de una persona (véase el capítulo 10) pueden influir en algunos ritmos biológicos, entre ellos el sueño. Sin embargo, este problema suele ser en gran medida el resultado de unos malos hábitos de sueño. El adolescente que se acuesta a unas horas tardías durante el fin de semana y que forzosamente se levanta tarde el sábado y el domingo por la mañana, tendrá necesariamente dificultades en conciliar el sueño el domingo por la noche y dificultades en salir de la cama el lunes por la mañana. Con la obligación de levantarse pronto para ir a clase, el horario de sueño se normaliza hacia mediados de semana, pero el mismo círculo vicioso se retoma nuevamente al llegar el fin de semana, perpetuando así el problema del desfase en el horario del sueño. Lo que suele ser problemático para los padres no lo es necesariamente para el adolescente, dado que este último no ve ningún problema en acostarse a las 2.00 h o las 3.00 h de la madrugada y levantarse a las 11.00 h o las 12.00 h del día siguiente. Sin embargo, esta práctica suele convertirse en un motivo de irritación para los padres, sobre todo cuando entra en conflicto con las actividades del fin de semana o con el horario escolar entre semana.

Aunque el problema más frecuente sea principalmente el de la privación de sueño, el insomnio clásico también afecta a muchos adolescentes. Dado que este período del desarrollo suele estar asociado a diversas preocupaciones a propósito de los amigos, de las relaciones amorosas y de la elección de carrera, existe un aumento del riesgo de dificultades para dormir. Al vivir en

una sociedad tan orientada hacia el rendimiento, los adolescentes ya han interiorizado esta presión social de triunfar en el ámbito escolar. Las dificultades para dormir asociadas a la ansiedad de ejecución escolar son muy frecuentes. La depresión es otra fuente muy importante de alteración del sueño en los adolescentes. Además de las dificultades para dormir, los principales síntomas de la depresión son la tristeza, la irritabilidad, el descenso marcado del interés, el retraimiento social y el aislamiento, y las ideas de suicidio. Finalmente, los cambios hormonales asociados a las menstruaciones en las adolescentes pueden igualmente provocar dificultades para dormir. El consumo de bebidas energizantes a base de cafeína (como el Red Bull), muy popular entre los jóvenes, puede asimismo alterar el sueño.

El adolescente tiene una buena tolerancia a la falta de sueño y sobre todo una buena capacidad para recuperar el sueño perdido durmiendo la siesta a voluntad o prolongando sus noches de sueño los fines de semana. No obstante, no conviene tomarse el sueño demasiado a la ligera porque la falta de sueño puede tener unas consecuencias negativas sobre la vigilancia, el rendimiento escolar, el humor e incluso la seguridad pública. La consecuencia más directa es la fatiga o la somnolencia durante el día, acompañada de un descenso de la motivación y de dificultades para mantener una atención persistente. Los efectos de la falta de sueño se hacen sentir también en el estado de ánimo, generando un humor más cambiante y un descenso de la tolerancia a la frustración. En el caso de los jóvenes que conducen, la falta de sueño también puede aumentar el riesgo de accidentes de circulación.

A fin de prevenir o de abordar las dificultades para dormir, el adolescente debe poner en práctica algunos buenos hábitos. Ante todo, es preciso conceder una mayor prioridad al sueño y: (a) reser-

var un espacio de sueño de un mínimo de 9 horas por noche; (b) seguir una rutina relajante antes de la hora de acostarse –atención a las actividades estimulantes; (c) mantener un horario de sueño regular y tratar de reducir la diferencia entre el horario entre semana y el horario del fin de semana; (d) reservar el dormitorio para dormir –sin ordenadores, ni móviles ni videojuegos; (e) crear un entorno propicio al sueño –dormitorio tranquilo, oscuro y temperatura agradable; y (f) evitar los estimulantes y las bebidas energizantes.

Otros trastornos del sueño durante la infancia y la adolescencia

Sonambulismo

Del 10% al 15% de los niños de 6 a 15 años tienen episodios ocasionales de sonambulismo y alrededor del 5% son sonámbulos más de 15 veces al año. El sonámbulo puede sentarse en la cama, andar por la casa, comer o incluso salir al exterior. El sonambulismo acontece habitualmente durante el primer tercio de la noche, cuando predomina el sueño profundo. Es más frecuente durante los períodos de privación de sueño, enfermedad o fiebre, y cuando se toman determinados medicamentos. Si nuestro hijo es sonámbulo, asegurémonos de que duerma lo suficiente, porque la falta de sueño puede ser un elemento desencadenante de los episodios de sonambulismo o de terrores nocturnos. A fin de reducir el riesgo de heridas, quitemos los juguetes y demás objetos de su camino. Cerremos las ventanas y cerremos con llave las puertas que den al exterior. Volvamos a llevar con cuidado a nuestro hijo a la cama y tapémosle. No nos preocupemos demasiado. El sonambulismo que comienza antes de los 10 años no suele asociarse habitualmente a ningún problema emocional, de personalidad ni de conducta, y desaparecerá muy probablemente por sí solo con la maduración.

Terrores nocturnos

¿Nuestro hijo se ha despertado con un grito alarmante en plena noche, sentado en la cama con los ojos abiertos y la mirada fija en el vacío? Si este es el caso, probablemente haya tenido un terror nocturno. Estos episodios de terrores nocturnos suelen acompañarse de confusión, agitación, respiración entrecortada y palpitaciones rápidas. El niño no siempre se despierta durante estos episodios, pero si lo hace, es muy difícil, cuando no imposible, consolarlo. Lo que es más angustioso para los padres, el niño puede no reconocerlos dado que se encuentra en un estado alterado de conciencia. Los terrores nocturnos difieren de las pesadillas y aparecen durante el sueño profundo más que durante el sueño paradójico. A la mañana siguiente, el niño no guardará probablemente ningún recuerdo del episodio. Los terrores nocturnos se dan en alrededor del 5% de los niños y son más comunes en los chicos de edades comprendidas entre los 4 y los 12 años. No es raro que los terrores nocturnos y el sonambulismo aparezcan juntos. Estas dos afecciones, que tienden a ser hereditarias, se asocian a una forma de sobrecarga electrofisiológica. Al igual que el sonambulismo, los terrores nocturnos son más frecuentes cuando el niño tiene fiebre, sufre privación de sueño o cuando sus horarios de sueño se ven alterados. Es, pues, importante mantener un horario de sueño regular y evitar la privación de sueño. Los terrores nocturnos pueden ser muy angustiosos para los padres que tratan de consolar a su hijo. Es preferible no forzar al niño a despertarse, sino más bien prodigarle palabras tranquilizadoras y proteger al niño para asegurarse de que no se haga ningún daño. Si los terrores aparecen en combinación con el sonambulismo, procedamos simplemente a guiar a nuestro hijo, verbal y físicamente, llevándole nuevamente en dirección a

su cama. Aunque los padres puedan sentirse angustiados, es preferible tal vez no hablarle de ello al niño al día siguiente, a fin de evitar que el propio niño tenga preocupaciones y dificultades para conciliar el sueño.

Pesadillas

Al igual que sucede con los adultos (véase el capítulo 12), las pesadillas también pueden alterar el sueño de los niños. Las pesadillas son sueños terroríficos que acontecen durante el sueño paradójico. En los niños, los principales temas de las pesadillas incluyen monstruos, el miedo a morir, o a ser atacados. Por definición, la pesadilla conduce al despertar, y el niño suele guardar habitualmente un recuerdo muy claro del contenido de su sueño terrorífico. Contrariamente al terror nocturno, en el que el niño está más bien confundido y agitado, aquí el niño sabe dónde está y reconoce a sus padres. A pesar del miedo y de los llantos, la presencia de los padres es muy tranquilizadora. De los tres a los seis años, alrededor de un niño de cada dos tendrá pesadillas, cuanto menos de forma ocasional. Muchos padres se sentirán tentados de dejar que el niño se meta en la cama con ellos el resto de la noche. Aunque ello pueda ser una solución a corto plazo, no es la mejor forma de abordar este problema a más largo plazo. Dicha práctica no hará más que reforzar la creencia por parte del niño de que dormir solo puede ser peligroso. Es preferible, pues, dejar que el niño nos cuente su pesadilla, escucharle atentamente y prodigarle algunas palabras reconfortantes. Este método suele ser suficiente para que el niño vuelva a coger rápidamente el sueño.

Rechinar de dientes

El rechinar de dientes durante la noche, también conocido con el nombre de bruxismo nocturno, aparece en alrededor del 11% de los niños de tres a siete años de edad. De los 8 a los 12 años, la prevalencia disminuye alrededor del 6%. En torno al 2% de los adolescentes tienen este problema. El bruxismo puede ocasionar problemas dentales, incluido el desgaste anormal de los dientes o los daños en el tejido periodontal. La utilización de una prótesis bucal durante la noche puede impedir el rechinar de los dientes y proteger contra estos daños. Si bien existen pocos estudios sobre el tratamiento del bruxismo en los niños, los métodos para manejar el estrés pueden también ser útiles si el estrés es un factor que puede estar contribuyendo a mantener este problema.

Enuresis nocturna

Alrededor del 25% de los niños de cinco años de edad mojan la cama por la noche, el 15% de los niños y el 10% de las niñas. A la edad de seis años, el 10% siguen teniendo un problema de enuresis nocturna, y la cifra desciende en torno al 3% a la edad de 12 años. En conjunto, la enuresis nocturna es un problema de desarrollo del que casi todos los niños se liberan con la edad. La capacidad limitada de la vejiga durante la noche puede estar generada por factores médicos tales como la segregación reducida de una hormona antidiurética, una infección urinaria, un trastorno renal o la epilepsia. La falta de atención de los padres en el control de esfínteres puede prolongar la enuresis nocturna en algunos niños. Si nuestro hijo empieza a mojar la cama por la noche cuando no lo hacía desde hacía meses, puede que exista alguna causa psicológica –el estrés asociado a la llegada de un nuevo bebé, la ansiedad ligada a una situación escolar difícil, conflictos de pareja, una separación.

Un tratamiento eficaz para la enuresis se basa en la utilización de un sistema de alarma. Una tela de caucho, unida a una alarma sonora se inserta bajo las mantas de la cama del niño. Cuando la humedad alcanza la tela, la alarma despierta al niño. A la larga, se produce un condicionamiento y el niño asocia la sensación de la vejiga llena con la necesidad de despertarse y de ir al baño antes de que salte la alarma. Un horario planificado de despertarse por la noche a unas horas fijas para llevar al niño a orinar, al igual que un control de la cantidad de líquido consumida antes de la hora de acostarse, también pueden ser útiles para controlar este problema. Aunque la medicación no suela estar recomendada para tratar la enuresis nocturna, puede ser muy útil de manera puntual para prevenir los accidentes cuando el niño esté de visita en casa de algún amigo.

Ronquidos y apnea del sueño

Si bien todos los niños roncan ocasionalmente a causa de un resfriado o de las alergias, alrededor del 10 al 20% de los niños son roncadores habituales. Los niños que roncan pueden también tener un problema de apnea del sueño. Este trastorno esta provocado por la obstrucción de las vías respiratorias durante el sueño, y provoca unas pausas respiratorias momentáneas, ya sean parciales o totales. Estos episodios apnéicos generan despertares nocturnos frecuentes que pueden provocar una somnolencia excesiva durante el día y, ocasionalmente, problemas de enuresis nocturna. Los niños aquejados de este trastorno también pueden presentar problemas de aprendizaje escolar en razón de las dificultades para permanecer despiertos y para mantener una atención sostenida en clase. La apnea es bastante rara en los niños, y aparece con más frecuencia en los chicos que en las chicas. Al igual que en los

adultos, los niños obesos presentan un mayor riesgo de padecer apnea del sueño. La edad promedio de diagnóstico en los niños es de siete años. En el caso de los niños que padecen apnea, el tratamiento más común incluye una tonsilectomía o adenoidectomía, para suprimir las obstrucciones de las vías respiratorias. Otras formas de tratamiento se describen en el capítulo 12.

Narcolepsia

La narcolepsia (véase el capítulo 12) se caracteriza por la somnolencia diurna excesiva o los accesos repentinos de somnolencia durante las actividades de la jornada. Además de la somnolencia excesiva, los principales síntomas de este trastorno son: (1) la cataplejia, una debilidad muscular repentina provocada por emociones intensas tales como la rabia, la excitación, el miedo o la sorpresa; (2) la parálisis del sueño, una incapacidad de mover el cuerpo o los miembros durante la transición de un estado de vigilia a un estado de sueño, o viceversa; y (3) alucinaciones hipnagógicas, experiencias extrañas visuales o auditivas que acontecen entre el sueño y la vigilia. La narcolepsia no aparece generalmente antes de la adolescencia tardía, y raramente se diagnostica en los niños. Puede generar problemas de aprendizaje en el colegio, a menos que sea diagnosticada y tratada eficazmente. En razón de los episodios de sueño recurrentes e incontrolables, algunos niños son a veces etiquetados de perezosos. No existe un medio de curar la narcolepsia; sin embargo, la combinación de medicación y de siestas planificadas ayudará a controlar los principales síntomas.

En resumen, es normal en los niños y los adolescentes, al igual que en los adultos, pasar una mala noche de vez en cuando. La enfermedad, el dolor, la fatiga excesiva o la sobreexcitación pueden generar una falta de sueño en nuestro hijo. Ciertos cambios

hormonales y preocupaciones durante el período de la pubertad, al igual que un cambio en los hábitos de sueño, pueden también generar problemas de sueño en los adolescentes. Es importante no reaccionar exageradamente ante estas dificultades ocasionales. No obstante, la falta de sueño crónica corre el riesgo de generar problemas de atención y de vigilancia, irritabilidad, cambios de humor y dificultades de aprendizaje escolar.

Los padres bienintencionados que cogen al bebé que llora durante la noche, le impiden aprender a confiar en sus propios recursos para conciliar el sueño o volver a cogerlo. Afortunadamente, es fácil remediar este problema con la ayuda de un plan relativamente sencillo: sigamos una rutina regular para acostar a nuestro hijo; metámosle en su propia cama para dormir; démosle las buenas noches y a continuación salgamos de la habitación, dejando que nuestro hijo se duerma por sí solo; no volvamos a la habitación de nuestro hijo para cogerle en brazos si llora.

En algunos casos, los padres son incapaces de resolver el problema de sueño de su niño o su adolescente por sí solos. En otros casos, los problemas de sueño necesitan la ayuda de un especialista en trastornos del sueño. La niñez incluye muchas cosas maravillosas y nosotros, como padres, queremos que nuestros hijos tengan lo mejor en la vida. El sueño es importante para la salud y el bienestar de nuestros chicos. Podemos asegurarles una buena calidad de sueño a nuestros hijos inculcándoles unos buenos hábitos de sueño, que conservarán durante el resto de su vida.

14

EL SUEÑO EN LA TERCERA EDAD

La calidad y la duración del sueño cambian con la edad. Al igual que el encanecimiento del pelo, la acumulación de arrugas y la pérdida de resistencia física, el sueño a los sesenta no es el mismo que a los veinte. Ello no significa, no obstante, que todos los cambios que aparecen en el sueño con la vejez sean normales. Algunos problemas, sobre todo el insomnio, se vuelven más frecuentes con la edad, al igual que la utilización de somníferos. En este último capítulo, trataremos de combatir algunos mitos relativos al sueño y la vejez; describiremos igualmente las causas más comunes de insomnio y de otros trastornos del sueño en las personas mayores, y expondremos algunos medios concretos para preservar un sueño de calidad durante nuestros años de jubilación.

Cambios normales en el sueño asociados a la edad

La vejez es el factor más importante que afecta al sueño. Lo queramos o no, el sueño es de menos buena calidad con el envejecimiento. Por ejemplo, la proporción de tiempo que ocupa el sue-

ño profundo (fases 3-4) disminuye gradualmente con la edad, pasando del 20 o 25% por noche en el adulto joven a alrededor de un 5% en la persona que se encuentra en la sesentena. Este sueño profundo desaparece casi por completo de los 70 a los 80 años de edad. Al mismo tiempo que esta disminución del sueño profundo, se observa un aumento del sueño ligero o de la fase 1 del sueño. Con la presencia de un sueño más ligero, es más fácil despertarse por el ruido, por los movimientos de la pareja o por la vejiga llena. No es sorprendente, pues, que el número y la duración de los despertares nocturnos aumente con la edad. No es raro que una persona de 65 años se despierte de dos a cinco veces por noche; algunos de estos despertares pueden durar unos pocos minutos solamente, sin que la persona lo recuerde tan siquiera al día siguiente, mientras que otros pueden durar más de 30 minutos.

Tabla 14.1
Algunos mitos relativos al sueño y la vejez

La necesidad de dormir disminuye con la edad. Falso. Es la capacidad de dormir más que la necesidad de dormir lo que disminuye con la edad.
El insomnio es una realidad inevitable en la vejez. Falso. Al margen de los cambios normales en el sueño asociados a la edad, no todas las personas mayores padecen necesariamente insomnio.
El sueño de una persona de 60 años es el mismo que el de una persona de 75 años. Falso. El sueño cambia muy gradualmente de la niñez a la edad adulta. Es en la cuarentena o en la cincuentena cuando los cambios se vuelven más notables y prosiguen hasta una edad avanzada.
Un somnífero puede devolver un sueño juvenil. Falso. Ningún medicamento puede hacernos dormir como cuando teníamos 20 años. Aunque los hipnóticos puedan mejorar la continuidad y la duración del sueño, la calidad no siempre mejora.
El insomnio en las personas mayores no puede ser atajado. Falso. Los métodos que se exponen en este libro son también eficaces para corregir o incluso prevenir las dificultades para dormir en las personas mayores.

Contrariamente a la creencia popular, la necesidad de dormir no disminuye con la edad (véase también la tabla 14.1). Es más bien la capacidad de dormir sin interrupción toda la noche lo que se deteriora. Se observa una ligera reducción del tiempo total de sueño, y son muchas las personas mayores que no pueden dormir más de seis horas y media por las noches. Sin embargo, dado que las siestas son una práctica muy extendida en la jubilación, la cantidad total de sueño correspondiente a un período de 24 horas en una persona de 50 años es similar al de una persona de 65 años, cuando se combinan los episodios de sueño diurno y nocturno. No obstante, las personas mayores no duermen tan eficazmente como los adultos jóvenes. Se pasan más tiempo en la cama para lograr una duración de sueño comparable; inevitablemente, una porción de este tiempo la pasan despiertos. Por ejemplo, una persona de 20 años que no padece insomnio duerme en torno al 95% del tiempo que pasa en la cama. Por el contrario, una persona de 70 años, incluso sin tener insomnio, duerme únicamente poco más del 80% de este tiempo. Así pues, el sueño no es tan eficaz o tan profundo en las personas mayores. No es sorprendente, pues, que las quejas de insomnio aumenten en este grupo de edad.

Los cambios descritos anteriormente tienen lugar muy gradualmente durante el transcurso de la vida y se producen incluso en las personas con una salud excelente. El grado, la rapidez, y la percepción de esto cambios pueden variar de una persona a otra. Para algunos, estos cambios son notables, sin no obstante generar ninguna alteración. Para otros, son apenas perceptibles y, finalmente, para otros son motivo de una alteración importante y un descenso de la calidad de vida. Al margen de las diferencias individuales, algunos factores asociados a la salud y al estilo de vida son igualmente importantes, como veremos más abajo.

No dormir tan bien, las mismas horas o tan profundamente como cuando éramos jóvenes es una realidad de la vida. Al igual que nuestra capacidad física y nuestro nivel de energía disminuyen con el envejecimiento, otro tanto sucede con nuestra capacidad para dormir. Es normal que nos despertemos una o dos veces por la noche para ir al cuarto de baño y nos volvamos a dormir después. Incluso si nos despertamos más temprano que de costumbre por la mañana, no hay por qué preocuparse en la medida que durmamos seis horas y media y seamos capaces de hacer nuestro trabajo habitual al día siguiente. Estos cambios forman parte del proceso normal del envejecimiento.

Distinguir el insomnio de los cambios normales en el sueño asociados al envejecimiento

A pesar de todos los cambios normales ligados a la edad descritos más arriba, el insomnio no es una afección inevitable de la vejez. Algunas personas han dormido bien durante toda su vida y continúan durmiendo bien incluso en la tercera edad. Para otros, el sueño se ve más alterado con el envejecimiento, sin no obstante generar ningún desarreglo o tener ningún efecto negativo sobre el funcionamiento diurno. Finalmente, en el caso de muchas personas mayores, las alteraciones del sueño exceden claramente los cambios típicos asociados a la vejez. Si tardamos más de media hora en dormirnos, nos mantenemos despiertos más de media hora en mitad de la noche o nos despertamos a las 4.00 o las 5.00 de la madrugada y somos incapaces de volvernos a dormir, probablemente padecemos insomnio. Para llegar a esta conclusión, hace falta también que las dificultades para dormir nos preocupen o perjudiquen a nuestro funcionamiento durante

el día. Más del 50% de las personas de 65 años en adelante expresan una cierta insatisfacción con la calidad y la duración de su sueño, y el 25% se quejan de insomnio persistente y molesto. La naturaleza de las dificultades varía con la edad; los despertares nocturnos frecuentes o prolongados, o también los despertares precoces por la mañana son más frecuentes en las personas mayores, mientras que los problemas para conciliar el sueño a la hora de acostarse son más frecuentes en los más jóvenes.

De manera general, las mujeres perciben que su sueño está alterado más que los hombres; las mujeres recurren más a los somníferos. Sin embargo, los registros objetivos de la actividad cerebral indican que el sueño de los hombres mayores se deteriora más que el de las mujeres mayores. Estas diferencias pueden explicarse por la incidencia más elevada de otros trastornos del sueño en los hombres, tales como la apnea del sueño y los movimientos periódicos de las piernas, afecciones que pueden alterar el sueño sin ni tan siquiera que la persona sea consciente de ello.

Principales causas de los problemas de sueño en las personas mayores

Diversos factores pueden explicar la prevalencia más elevada de las dificultades para dormir con el envejecimiento: los problemas médicos y psicológicos, los cambios en el estilo de vida asociados a la jubilación, la desincronización del reloj biológico. La incomodidad física o el dolor pueden alterar el sueño, al igual que algunos problemas respiratorios y cardíacos. Diversos medicamentos utilizados para tratar estos problemas de salud pueden perjudicar al sueño en razón de sus efectos secundarios. Por ejemplo, los diuréticos aumentan la necesidad de orinar por la noche.

Ciertos cambios en el estilo de vida asociados a la jubilación también pueden aumentar el riesgo de alteraciones del sueño. Las encuestas demuestran que las personas jubiladas y que llevan una vida sedentaria tienen más dificultades para dormir que aquellas personas que mantienen una vida activa. En el caso de muchas personas, la edad de oro es un período privilegiado para disfrutar de la vida, para viajar y para realizar actividades que nunca antes parecían haber tenido tiempo suficiente para hacer. Sin embargo, algunas personas mayores están mal preparadas al llegar a la jubilación. No tienen actividades regulares ni rutinas cotidianas; se quedan en la cama más tarde por la mañana, mientras que otros duermen la siesta durante el día. Algunos lo hacen para compensar la pérdida de sueño, mientras que otros disfrutan simplemente del hecho de no tener que levantarse temprano por las mañanas por una vez en su vida. Sea cual fuere la razón, tales estrategias suelen agravar con frecuencia las dificultades para dormir. Mantengamos una hora de acostarnos y de levantarnos constante, y no pasemos demasiado tiempo despiertos dentro de la cama. Reservemos también la cama y el dormitorio únicamente para dormir; no lo utilicemos como lugar para preocuparnos y escapar de la monotonía. Si dormimos la siesta, limitémosla a una hora todo lo más, y hagámosla antes de las 15 h. Por último, no pasemos demasiado tiempo en la cama. Un estudio con personas mayores, con o sin quejas respecto del sueño, ha puesto de relieve que una simple reducción del tiempo pasado en la cama de alrededor de unos 30 minutos tenía el efecto de consolidar el sueño y de hacerlo más satisfactorio. Es preferible, pues, pasar un poco menos de tiempo en la cama para tener una mayor calidad de sueño.

Con el envejecimiento, el reloj interno comienza a desajustarse. Se adelanta respecto de su hora, de manera que las perso-

nas mayores tienden a meterse en la cama más temprano y despertarse más temprano que cuando eran más jóvenes. Sin consecuencias para algunos, estos cambios pueden sin embargo perjudicar a la vida de pareja o a la vida social de la persona. La obligación de levantarse a una hora habitual durante los años laborales es uno de los factores más importantes para preservar el sincronismo de nuestro reloj biológico con el mundo exterior. Después de la jubilación, si la persona no mantiene un horario regular, el reloj interno se desincroniza, haciendo de este modo a la persona más vulnerable a las dificultades para dormir. Los expertos en el sueño y en el envejecimiento consideran que podemos conservar un mejor ritmo de nuestro reloj biológico llevando una rutina diaria. Esta rutina se puede llevar a través de los compromisos sociales, la implicación en actividades comunitarias o de voluntariado, haciendo ejercicio o incluso realizando algún trabajo a tiempo parcial.

Como ya vimos en el capítulo 10, la exposición a la luz viva es muy importante para mantener un ritmo regular del ciclo sueño-vigilia. Debido a la mayor vulnerabilidad a las dificultades para dormir y a la desregulación de los ritmos biológicos, esta directriz es doblemente importante para las personas mayores. Es preciso, pues, asegurarse de dar un paseo al aire libre incluso durante el invierno a fin de conseguir la dosis de exposición a la luz del día; a falta de la exposición a la luz natural, nos podemos procurar una luz artificial para satisfacer esta carencia durante los largos meses de invierno. Así pues, el mantenimiento de un estilo de vida activo, combinado con la plena exposición a la luz del día, nos ayudará a mantener un ritmo constante entre el día y la noche, y a lograr un sueño satisfactorio.

A todas las edades, los factores psicológicos tales como la ansiedad y la depresión también pueden alterar el sueño. En las personas mayores, las preocupaciones relativas a la salud, la seguridad económica y el temor de ser ingresados en un centro de cuidados prolongados pueden alterar el sueño. A veces, la ansiedad respecto del sueño mismo puede convertir lo que esencialmente era un fenómeno ligado a la edad en un problema de insomnio. Un contable jubilado se preocupaba por el hecho de que dormía únicamente siete horas y se despertaba una o dos veces cada noche durante unos 10 o 15 minutos cada vez. Decía: "Jamás he padecido insomnio, jamás he estado enfermo, no comprendo qué es lo que me pasa". El principal problema era que confundía los cambios normales en el sueño con el insomnio. A los 60 o los 70 años, puede que sea poco realista esperar dormir ocho horas sin interrupción. Así pues, tengamos cuidado y asegurémonos de tener unas expectativas realistas.

Diversos cambios de vida pueden provocar depresión en las personas mayores –problemas médicos crónicos, la soledad y la muerte de la pareja o de amigos. Naturalmente, estos cambios pueden alterar nuestro estado de ánimo y nuestro sueño. Una mala planificación de la jubilación también puede generar aburrimiento e incluso depresión. Una persona que ha llevado una carrera coronada por el éxito y que no ha acertado a desarrollar otras formas de reconocimiento y de placer, puede tener muchas dificultades para adaptarse a la jubilación. Irse a la cama pronto por la noche o quedarse en la cama hasta tarde por la mañana para desterrar el aburrimiento o la soledad, no mejoran en nada el sueño. A veces, el insomnio crónico puede generar una modalidad de depresión o de indefensión aprendida; la persona tiene la impresión de que no se puede hacer nada para mejorar la situa-

ción. Es posible igualmente que el insomnio sea síntoma de una depresión subyacente. Si sospechamos de una posible depresión, no dudemos en hablar de ello con nuestro médico de familia, o consultemos directamente con un psicólogo o con un psiquiatra. No tenemos por qué soportar una situación semejante, dado que existen unos tratamientos eficaces contra la depresión.

Otros trastornos del sueño en las personas mayores

Al margen del insomnio, otros trastornos del sueño se vuelven más frecuentes con la edad. La mayoría de estas afecciones han sido descritas en el capítulo 12 y sólo las revisaremos brevemente aquí. El *síndrome de las piernas inquietas* se caracteriza por las impaciencias musculares en las pantorrillas y la necesidad irresistible de mover las piernas. Esta sensación desagradable empeora durante el atardecer, particularmente hacia la hora de acostarse, y puede retrasar el sueño. Una afección asociada, *los movimientos periódicos de las piernas*, se caracteriza por sacudidas breves y repetitivas de las piernas durante el sueño. Estos movimientos, que afectan a veces a los brazos, pueden producirse de 200 a 300 veces por noche, sin que la persona afectada tenga conocimiento de ello. Los movimientos suelen generar numerosos microdespertares, que no siempre son lo bastante prolongados como para que la persona lo recuerde al día siguiente. Esta afección puede ser benigna y no necesita obligatoriamente ningún tratamiento. No obstante, en su modalidad más grave, puede provocar fatiga, insomnio y somnolencia excesiva durante el día. Estas dos afecciones, el síndrome de las piernas inquietas y los movimientos periódicos de las piernas, aparecen juntos con frecuencia; pueden estar provocados por una deficiencia de hierro, una mala circulación sanguínea en las pier-

nas, dolores en las extremidades, y un exceso de cafeína. Una vez excluidas estas posibles causas, existen diferentes clases de medicamentos que son eficaces para tratar el síndrome de las piernas inquietas y los movimientos periódicos de las piernas. Hablemos de ello con nuestro médico.

La apnea del sueño es un trastorno respiratorio que se manifiesta durante el sueño. La persona aquejada de apnea deja de respirar periódicamente durante el transcurso de la noche. Un episodio comienza por una pausa respiratoria, de unos pocos segundos a un minuto de duración, seguida de un breve despertar y de un ronquido estrepitoso para tomar aire. La apnea del sueño suele estar provocada habitualmente por una obstrucción de las vías respiratorias, derivada de un relajamiento durante el sueño de los músculos situados detrás de la garganta. En las personas de más edad, también pueden estar implicados los mecanismos cerebrales que regulan la respiración. La consecuencia principal de este trastorno es una somnolencia excesiva durante el día, lo que conduce a la persona a adormilarse o incluso a dormirse prácticamente en lugares o en momentos inapropiados. A veces, la persona mayor aquejada de apnea del sueño también puede padecer insomnio. La incidencia de la apnea del sueño aumenta significativamente con la edad. Hasta la cincuentena, este problema afecta con más frecuencia a los hombres. Después de la menopausia, las mujeres tienen tanto riesgo como los hombres. Si presentamos síntomas de apnea del sueño tales como ronquidos ruidosos, pausas respiratorias y somnolencia diurna, hablemos de ello con nuestro médico de familia o consultemos directamente a un especialista en una clínica de trastornos del sueño.

El trastorno conductual asociado al sueño paradójico es una afección que se encuentra casi exclusivamente en los hombres mayores. Este trastorno consiste en realizar movimientos bruscos, repe-

titivos y violentos –dar puñetazos, patadas– durante el sueño. Los comportamientos se producen durante el sueño paradójico, el período típico de los sueños durante el cual el cuerpo suele estar completamente paralizado. Viene a ser como si la persona aquejada de esta afección escenificara [actuara] sus sueños. Los movimientos violentos, acompañados con frecuencia de gritos, pueden ser peligrosos para la propia persona o para la pareja. Un medicamento llamado clonazepam (Rivotril) puede ser útil para suprimir esta afección. También se deben tomar algunas medidas de seguridad para prevenir posibles heridas (véase el capítulo 12 para más información).

Cuando el proceso normal de envejecimiento se ve dificultado por alguna afección neurológica degenerativa tal como la enfermedad de Alzheimer, las dificultades para dormir pueden volverse particularmente graves. Los signos de deterioro mental son a veces más marcados por la noche. La persona mayor puede despertarse confundida, desorientada, y errar por la casa o incluso por el exterior, corriendo un riesgo importante de herirse. Dicha situación representa una pesada carga para la pareja o la familia, y puede generar alteración emocional y dificultades para dormir. A largo plazo, ello puede forzar a la familia a ingresar a la persona en un establecimiento de cuidados prolongados. En las fases avanzadas de la enfermedad de Alzheimer, el sueño se altera cada vez más. Un estudio ha demostrado que los ciclos de vigilia-sueño de los pacientes mayores aquejados de Alzheimer quedan completamente desorganizados. Así, cada hora de vigilia durante el día se veía dificultada por episodios breves de sueño, mientras que cada hora de la noche se veía interrumpida por despertares episódicos.

El peligro de los somníferos en las personas mayores

Las personas de 65 años de edad y más representan en torno al 15% de la población total. No obstante, esta porción de la población utiliza la mayoría de los medicamentos que se recetan ya sea para la ansiedad durante el día (el 26%) o para el insomnio durante la noche (el 40%). En Québec, se calcula que entre el 20 y el 25% de las personas de 65 años en adelante poseen una dispensación activa para adquirir una benzodiacepina, una clase de medicamento recetado sobre todo para la ansiedad o el insomnio. Los consumidores crónicos de fármacos sedantes e hipnóticos suelen ser personas mayores, lo que les hace correr un riesgo más elevado de dependencia. Aunque los problemas de sueño aumenten con la edad, no existe ningún somnífero que pueda devolvernos la calidad de sueño comparable a la de una persona de 20 años. Las personas mayores deberían ser muy prudentes cuando tomen somníferos. Debido a su metabolismo más lento, estas personas eliminan más lentamente los fármacos y son más sensibles a sus efectos secundarios. La somnolencia, la disminución de las capacidades mentales y el deterioro de la coordinación física y de las habilidades para la conducción de automóviles son más frecuentes y más graves en las personas mayores. Las personas mayores que toman somníferos, sobre todo aquellos que tienen una duración de acción prolongada, sufren más frecuentemente caídas y fracturas de cadera que las personas de la misma edad que no toman medicamentos para dormir. Otra complicación de los fármacos hipnóticos es que pueden agravar las dificultades respiratorias de la apnea del sueño. También existe el riesgo de interacciones indeseables con los medicamentos que se toman para el tratamiento de otros problemas físicos. Advirtamos siempre a nuestro médico si tomamos otros medicamentos, y pidámosle a

nuestro farmacéutico que nos informe de los efectos secundarios y de las interacciones entre los medicamentos.

Se puede tratar el insomnio incluso también en las personas mayores

Envejecer y no dormir tan bien como a los 20, los 30 o incluso los 40, son realidades de la vida. Sin embargo, si tenemos problemas de sueño persistentes y molestos, es posible remediar esta situación. Se han realizado avances importantes durante los últimos años, y actualmente disponemos de métodos de tratamiento eficaces para la mayoría de los trastornos del sueño, y ello independientemente de que seamos jóvenes, mayores o muy mayores.

A lo largo de mi trayectoria, he desarrollado un interés particular por el trabajo con las personas mayores que padecen insomnio. Hemos realizado una serie de estudios clínicos sobre la eficacia de los métodos de tratamiento que se describen en este libro. Las personas que participaron en estos estudios tenían una media de edad de 67 años; sus edades oscilaban entre los 55 y los 85 años. La mayoría de estas personas padecían insomnio crónico, con frecuencia desde hacía varios años. El tratamiento ofrecido se desarrollaba dentro del contexto de unas seis a ocho sesiones semanales durante las cuales se les enseñaban a los participantes los procedimientos descritos en los capítulos anteriores –limitar el tiempo pasado en la cama, mantener un horario sueño-vigilia regular, y cambiar las creencias y las actitudes erróneas relativas al sueño. Durante este tratamiento, los participantes rellenaban diariamente una agenda del sueño tal como la que aparece en el capítulo 5.

Antes de comenzar el tratamiento, el insomne típico se pasaba una media de 2 a 2,5 horas despierto por la noche, y dormía alrededor de 5,5 horas por noche. En el caso de una noche habitual de 8 horas pasadas en la cama, el insomne dormía alrededor del 70% de este tiempo, y estaba despierto el resto del tiempo. Al final del programa de ocho semanas, había una disminución sustancial (del 50 al 60%) del tiempo despierto durante el transcurso de la noche, y un aumento de alrededor de 45 minutos del tiempo de sueño. El sueño era asimismo más eficaz y presentaba menos interrupciones. La mayoría de los participantes decían estar satisfechos o muy satisfechos, y sentían que tenían más control sobre su sueño. Antes del estudio, más del 50% de los participantes en el estudio tomaban somníferos. Un año más tarde, solamente el 5% habían vuelto a recurrir a su medicación.

En otro estudio, comparamos la eficacia de este mismo enfoque conductual con un somnífero ampliamente utilizado. Hallamos que los dos tratamientos eran eficaces a corto plazo. Aunque la medicación produjera un alivio más rápido, este efecto no se mantenía una vez que se dejaba de tomar la medicación. Por el contrario, el tratamiento conductual tardaba un poco más de tiempo en mejorar el sueño, pero sus efectos eran duraderos, incluso después de finalizadas las sesiones. Por tanto, es preciso tal vez invertir un poco más de tiempo y de energía para modificar los hábitos de sueño y revisar ciertas creencias; pero se trata de una muy buena inversión a largo plazo.

Estos resultados deberían ser muy alentadores para todas aquellas personas que padecen insomnio, incluidas las personas mayores. Existen muchas medidas que podemos tomar para dormir mejor y disfrutar de una mayor calidad de vida. Podemos perfectamente aplicar el programa que se describe en este libro por nues-

tra propia cuenta. Sin embargo, suele ser muy útil consultar a un profesional para obtener el apoyo necesario y asegurarnos de tratar la afección acertada. Dado que son muchos los problemas que pueden provocar insomnio, particularmente en el caso de las personas mayores, es prudente proceder a una evaluación profesional de nuestro sueño a fin de poder hacer un buen diagnóstico antes de emprender este programa por nosotros mismos.

Se invierten muchos esfuerzos y dinero en fabricar toda clase de productos sintéticos a fin de ralentizar el proceso de envejecimiento, de preservar un sueño natural, e incluso de prolongar la vida. A pesar de estos esfuerzos, no existe una pastilla milagrosa para ninguno de estos males y, desde luego, tampoco para el insomnio. Debemos aceptar el hecho de que nuestro sueño se deteriorará un tanto con la edad, al igual que las arrugas se hacen más visibles con los años. Dicho esto, si tenemos problemas de sueño más graves que aquellos generados por el solo hecho del envejecimiento, el programa que se describe en este libro puede ser de mucha utilidad para ayudarnos a dormir mejor y a disfrutar plenamente de nuestra jubilación.

LISTA DE ORGANISMOS PROFESIONALES Y DE INTERÉS PÚBLICO

Asociación Ibérica del sueño
http://www.sesueno.org

Asociación Española del sueño
http://www.asenarco.es

Asociación Española de narcolepsia
http://www.narcolepsia.org/

Asociación lucense de APNEA
http://www.apnealugo.org/

Sociedad mexicana para la investigación y medicina del sueño
http://www.sociedaddesueno.com.mx/

Sociedad Chilena de Medicina del Sueño
http://www.sochimes.cl/

American Academy of Sleep Medicine
One Westbrook Corporate Center, Suite 920
Westchester, IL 60154
Tel: 708.492.0930 / Fax: 708.492.0943
http://www.aasmnet.org

American Insomnia Association
One Westbrook Corporate Center, Suite 920
Westchester, IL 60154
Tel: 708.492.0930 / Fax: 708.492.0943
e-mail: aiainfo@aasmnet.org
http://www.americaninsomniaassociation.org

American Sleep Apnea Association
6856 Eastern Avenue, NW, Suite 203
Washington, DC 20012
Tel: (202) 293-3650 / Fax: (202) 293-3656
e-mail: asaa@sleepapnea.org
http://www.sleepapnea.org

American Sleep Association
110 W. Ninth Street
Suite #826
Wilmington, DE 19801
Fax: 940.234.3357
http://www.sleepassociation.org

Association nationale de promotion des connaissances sur le sommeil
Hôpital de l'Hôtel-Dieu, porte 1
1, place de l'Hôpital
69002 Lyon
Tel/Fax: 04.78.42.10.77
http://www.prosom.org

Better Sleep Council
501 Wythe Street
Alexandria, VA 22314-1917
Tel: 703.683.8371 / Fax: 703.683.4503
e-mail: kdillner@sleepproducts.org
http://www.betterslepp.org

Fondation Sommeil
1600, avenue de Lorimier
Montreal, (Québec)
Canadá
H2K 3W5
Tel: 514.522.3901 / Tel: 888.622.3901 (gratuito) / Fax: 514.522.0274
e-mail: info@fondationsommeil.com
http://www.fondationsommeil.com

Institut National du Sommeil et de la Vigilance
Tour CIT, B. P. 35
3 rue de l'Arrivée
75749 Paris Cedex 15
http://www.institut-sommeil-vigilance.org

Narcolepsy Network
79A Main Street
North Kingstown, RI 02852
Tel: 401.667.2523 / Fax: 401.663.6567
e-mail: narnet@narcolepsynetwork.org
www.narcolepsynetwork.org

National Foundation for Sleep and Related Disorders in Children
4200 W. Peterson Ave.
Suite 109
Chicago, IL 60646
Tel: 708.971.1086 / Fax: 312.434.5311

National Institutes of Health
National Center for Sleep Disorders Research
Two Rockledge Centre
Suite 7024
6701 Rockledge Drive, MSC 7920
Bethesda, MD 20892-7920
Tel: 301.435.0199 / Fax: 301.480.3451
http://www.nhlbi.nih.gov/aobout/ncsdr

National Sleep Foundation
1522 K Street, NW, Suite 500
Washington, DC 20005
Tel: 202.347.3471 / Fax: 202.347.3472
e-mail: nsf@sleepfoundation.org
http://www.sleepfoundation.org

Restless Legs Syndrome Foundation
1610 14th St NW Suite 300
Rochester MN 55901
Tel: 507.287.6465 / Fax: 507.287.6312
e-mail: rlsfoundation@rls.org
http://www.rls.org

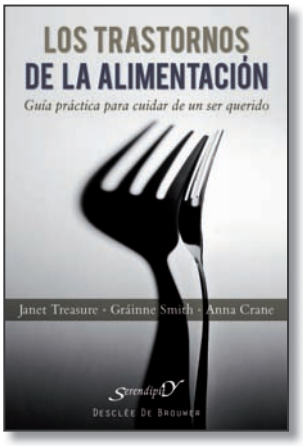
Site du réseau MORPHEE
2 Grande Rue
92380 GARCHES
Tel: 09.77.93.12.04
e-mail:contact@reseau_morphee.org
http://reseau-morphee.org

Site Sommeil de l'Université de Lyon
http://sommeil.univ-lyon1.fr

Société Canadienne du Sommeil
http://www.css.to

World Association of Sleep Medicine
http://www.wasmonline.org

World Federation of Sleep Research & Sleep Medicine Societies
http://www.wfsrsms.org



Los trastornos de la alimentación
Guía práctica para cuidar de un ser querido

Janet Treasure
Gráinne Smith
Anna Crane

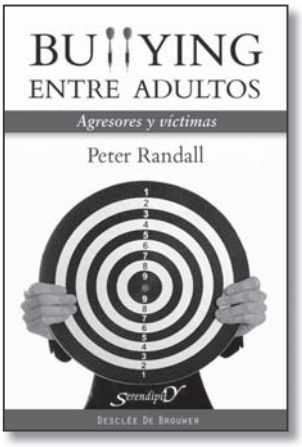
ISBN: 978-84-330-2483-1

Esta obra pretende dotar a los cuidadores de las estrategias y conocimientos necesarios para apoyar y alentar a las personas que sufren un trastorno de alimentación, para ayudarles a liberarse de las trampas que les impiden recuperarse.

A través de un enfoque compartido, el texto ofrece información de técnicas y estrategias detalladas que mejorarán la capacidad de los profesionales y de los familiares para desarrollar una continuidad y una coherencia en el apoyo a sus seres queridos. Las autoras se sirven de la investigación científica y de la propia experiencia personal, además de las habilidades prácticas de apoyo, para aconsejar al lector en toda una serie de intrincados aspectos relacionados con el cuidado de la persona afectada. Estos aspectos incluyen:

- Trabajar en dirección a un cambio positivo con ayuda de las habilidades para mejorar la comunicación.
- Desarrollar habilidades de solución de problemas.
- Fomentar la resiliencia.
- Aprender a manejar las conductas difíciles.

Este libro constituye una lectura esencial tanto para los profesionales como para los familiares comprometidos en el cuidado y apoyo la persona que sufre un trastorno de alimentación. Las habilidades, la información y la comprensión que ganarán a lo largo del proceso les ayudará eficazmente a superar dicho trastorno.



Bullying entre adultos
Agresores y víctimas

Peter Randall

ISBN: 978-84-330-2486-2

Tan solo estamos empezando a descubrir la frecuencia y la gravedad del acoso personal. En *Bullying entre adultos*, el psicólogo Peter Randall recurre a las voces tanto de los acosadores como de las víctimas para revelar el sufrimiento que padecen muchos adultos.

Describe el proceso por el cual los niños acosadores se convierten en adultos acosadores, a menudo conscientes de su comportamiento, pero incapaces de cambiarlo. El lugar de trabajo y el vecindario sustituyen al patio del colegio, pero las tácticas y los esquemas de recompensa siguen siendo los mismos. La víctima adulta tiene poco o ningún poder más que la infantil, viéndose obligada con frecuencia a cambiar de trabajo para escapar del acosador. Y muchos jefes, del mismo modo que muchos maestros, no prestan a las quejas de la víctima la atención que merecen, prefiriendo creer que se trata de reacciones excesivas injustificadas.

Bullying entre adultos será de gran utilidad para los directivos, consejeros, trabajadores sociales y cualquiera que haya sufrido acoso. Se analizan modos efectivos de enfrentarse al bullying en la comunidad y en el lugar de trabajo, con especial atención a las implicaciones para los gerentes y los empleados.

Serendipity

DIRECTORA: OLGA CASTANYER

1. *Relatos para el crecimiento personal.* CARLOS ALEMANY (ED.). (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima.* OLGA CASTANYER. (3ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad.* A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa.* ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística.* RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado.* CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica.* LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad.* FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo.* JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después.* LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones.* MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa.* LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff.* BRUNO GIORDANI. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad.* F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto.* JAVIER GAFO (ED.). (4ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama.* DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia.* THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez.* JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (12ª ed.)
21. *Terapia Zen.* DAVID BRAZIER. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental.* GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado.* JUAN MASIÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante.* M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico.* RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual.* DAVID RICHO. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones.* JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte.* STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia.* ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. (3ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías.* MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes.* KEVIN FLANAGAN.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico.* VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo.* DAVID RICHO. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad.* WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente.* IOSU CABODEVILLA. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego.* MARÍA PRIETO URSÚA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual.* TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional.* EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Crecer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales.* JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos.* ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances.* XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad.* RAMIRO J. ÁLVAREZ.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo.* CHARLES L. WHITFIELD.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento.* JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda.* MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)

46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión.* David Brazier.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar.* Jorge Barraca.
48. *Palabras para una vida con sentido.* Mª. Ángeles Noblejas. (2ª ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos.* Philip Sheldrake.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo.* Luis Cencillo. (2ª ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no.* Leslie S. Greenberg. (3ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto.* Amado Ramírez Villafáñez.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva.* Juan Antonio Bernad.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico.* Pablo Población Knappe y Elisa López Barberá.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza.* Loretta Cornejo. (3ª ed.)
56. *El guión de vida.* José Luis Martorell. (2ª ed.)
57. *Somos lo mejor que tenemos.* Isabel Agüera Espejo-Saavedra.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares.* Giuliana Prata; Maria Vignato y Susana Bullrich.
59. *Amor y traición.* John Amodeo.
60. *El amor. Una visión somática.* Stanley Keleman.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía.* Kevin Flanagan. (2ª ed.)
62. *A corazón abierto.Confesiones de un psicoterapeuta.* F. Jiménez Hernández-Pinzón.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal.* Iosu Cabodevilla Eraso.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* Olga Castanyer y Estela Ortega. (7ª ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo.* José-Vicente Bonet, S.J. (2ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente.* Juan Masiá.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* Pedro Moreno. (9ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud.* Kathleen R. Fischer y Thomas N. Hart.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir.* Esperanza Borús.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos.* Jean-Pascal Debailleul y Catherine Fourgeau.
71. *Psicoanálisis para educar mejor.* Fernando Jiménez Hernández-Pinzón.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación.* Pedro Miguel Lamet.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser.* Jean Sarkissoff.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones.* Patrice Cudicio y Catherine Cudicio.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares.* Marga Nieto Carrero. (2ª ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros.* Jesús de la Gándara Martín.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos.* Claude Imbert.
78. *Cuando el silencio habla.* Matilde de Torres Villagrá. (2ª ed.)
79. *Atajos de sabiduría.* Carlos Díaz.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología.* Ramón Rosal Cortés.
81. *Más allá del individualismo.* Rafael Redondo.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* Dave Mearns y Brian Thorne.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico.* Fred Friedberg. Introducción a la edición española por Ramiro J. Álvarez
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* Ann-M. McMahon.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* Luz Casasnovas Susanna. (2ª ed.)
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* Ignacio Berciano Pérez. Con la colaboración de Itziar Barrenengoa. (2ª ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia*. M. Pilar Quiroga Méndez.

88. *Crecer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona*. TOMEU BARCELÓ. (2ª ed.)
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUÍS PIO ABREU.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO.
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL. (2ª ed.)
97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (ED.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT. (2ª ed.)
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperazanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. (9ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (13ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancho. La práctica en psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejerce un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* PAMELA KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* A. CÓZAR.
116. *Crecer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. (3ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN, (2ª ed.)
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALA JAISON.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.*RAFA EUBA. (2ª ed.)
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA. (3ª ed.)

124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* Enrique Martínez Lozano. (4ª ed.)
125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* Iosu Cabodevilla Eraso. (2ª ed.)
126. *Regreso a la conciencia.* Amado Ramírez.
127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* Peter Bourquin. (8ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* Thomas Hohensee.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* Olga Castanyer. (3ª ed.)
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* Loretta Cornejo. (3ª ed.)
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* Javier Tirapu. (2ª ed.)
132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones.* Amado Ramírez Villafáñez.
133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.* Pedro Moreno, Julio C. Martín, Juan García y Rosa Viñas. (3ª ed.)
134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* Conxa Trallero Flix y Jordi Oller Vallejo
135. *Entre personas. Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas.* Tomeu Barceló
136. *Superar las heridas. Alternativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* Windy Dryden
137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* Igor Ledochowski
138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* Camille
139. *Migraña. Una pesadilla cerebral.* Arturo Goicoechea
140. *Aprendiendo a morir.* Ignacio Berciano Pérez
141. *La estrategia del oso polar. Cómo llevar adelante tu vida pese a las adversidades.* Hubert Moritz
142. *Mi salud mental: Un camino práctico.* Emilio Garrido Landívar
143. *Camino de liberación en los cuentos. En compañía de los animales.* Ana María Schlüter Rodés
144. *¡Estoy furioso! Aproveche la energía positiva de su ira.* Anita Timpe
145. *Herramientas de Coaching personal.* Francisco Yuste (2ª ed.)
146. *Este libro es cosa de hombres. Una guía psicológica para el hombre de hoy.* Rafa Euba
147. *Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal. Guía de autoayuda.* Juan García Sánchez y Pepa Palazón Rodríguez
148. *El consejero pastoral. Manual de "relación de ayuda" para sacerdotes y agentes de pastoral.* Enrique Montalt Alcayde
149. *Tristeza, miedo, cólera. Actuar sobre nuestras emociones.* Dra. Stéphanie Hahusseau
150. *Vida emocionalmente inteligente. Estrategias para incrementar el coeficiente emocional .* Geetu Bharwaney
151. *Cicatrices del corazón. Tras una pérdida significativa.* Rosa Mª Martínez González
152. *Ojos que sí ven. "Soy bipolar" (Diez entrevistas).* Ana González Isasi - Aníbal C. Malvar
153. *Reconcíliate con tu infancia. Cómo curar antiguas heridas.* Ulrike Dahm
154. *Los trastornos de la alimentación. Guía práctica práctica para cuidar de un ser querido.* Janet Treasure - Gráinne Smith - Anna Crane
155. *Bullying entre adultos. Agresores y víctimas.* Peter Randall
156. *Cómo ganarse a las personas. El arte de hacer contactos.* Bernd Görner
157. *Vencer a los enemigos del sueño. Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado.* Bernd Görner

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática* Stanley Keleman. (8ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* Stanley Keleman. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación*. André Lapierre.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* José Agustín Ramírez. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales*. Carlos Alemany (ed.). (13ª ed.)

6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética*. JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
7. *Crecer bebiendo del propio pozo.Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. (12ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASIÁ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La depencencia sumisa.* DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (5ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoriales, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN. (2ª ed.)
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (ED.). (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto*. JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación*. BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones Teoría, Modelo y Método*. GEORGE DE LEON.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales*. HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica*. JOSÉ L. TRECHERA.
27. *Cuerpo, cultura y educación*. JORDI PLANELLA RIBERA.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación*. DONI TAMBLYN.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt*. ÁNGELES MARTÍN. (7ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar*. NICK OWEN
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. PAUL STALLARD.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. PABLO RODRÍGUEZ CORREA.
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato*. PEPA HORNO GOICOECHEA. (2ª ed.)
34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia*. SONIA VACCARO - CONSUELO BAREA PAYUETA.
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia*. OLGA CASTANYER (COORD.); PEPA HORNO, ANTONIO ESCUDERO E INÉS MONJAS.
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta*. MIGUEL DEL NOGAL.
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt. Teoría y práctica*. ÁNGELES MARTÍN.
38. *Medicina y terapia de la risa. Manual*. RAMÓN MORA RIPOLL.
39. *La dependencia del alcohol. Un camino de crecimiento*. THOMAS WALLENHORST.
40. *El arte de saber alimentarte. Desde la ciencia de la nutrición al arte de la alimentación*. KARMELO BIZKARRA.

Crecimiento personal
COLECCIÓN
Directora: Olga Castanyer

serendipity

Este libro propone un programa completo para vencer los problemas de sueño sin necesidad de medicamentos. Después de explicar las distintas fases del sueño, el autor muestra cómo podemos modificar nuestros hábitos y nuestras actitudes para controlar el insomnio. Enseña también diferentes técnicas de relajación y propone algunos medios eficaces para crear un entorno que sea propicio al sueño. Además, encontraremos también información útil sobre los desfases horarios, la apnea del sueño, la narcolepsia, los somníferos, así como sobre los trastornos del sueño específicos de los niños, los adolescentes y las personas mayores.

ISBN: 978-84-330-2502-9
9 788433 025029
www.edesclee.com

Desclée De Brouwer